

Chancen und Risiken für den Arzneimittelmarkt ab 2010

Wissenschaftliches Symposium
am 15. Januar 2010 in München

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Arzneimittelmarkt im veränderten gesundheitspolitischen Umfeld

1 Jahr Gesundheitsfonds

- welche Strukturveränderungen haben stattgefunden?

Andreas Pfohl

2

Der Arzneimittelmarkt in Zahlen - aktuelle Situation und Ausblick

Elisabeth Beck

2

Umbruch in der Arzneimitteldistribution

Dachmarkenkonzepte und innovative Vertriebswege im Apothekenmarkt

Thomas von Künsberg Sarre

3

Die Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung aus Sicht der Apothekerschaft

Prof. Dr. Martin Schulz

3

Steuerung der Arzneimittelversorgung - Rabattverträge als Beispiel eines ersten Schrittes in die „neue Welt“

Rabattverträge als erster Schritt innovativer Gestaltung - und was kommt dann?

Dr. Christopher Hermann

4

Rabattverträge – eine Wettbewerbsbremse oder ein Stück mehr Wettbewerb im Arzneimittelmarkt?

Dr. Peter Blees

4

Uns zur Verfügung gestellte Abstracts und Folien werden zusätzlich im Internet unter www.grpg.de/Aktivitäten/Veranstaltungen veröffentlicht.

Der Arzneimittelmarkt im veränderten gesundheitspolitischen Umfeld

1 Jahr Gesundheitsfonds

- welche Strukturveränderungen haben stattgefunden?

Andreas Pfohl

Die Bezeichnung "Gesundheitsfonds" entstand während der Verhandlungen der großen Koalition von CDU/CSU und SPD über die Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform im Jahr 2006 und wurde in der Folge zum Synonym für das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Durch das weite Spektrum an Themen, die mit diesem Begriff verknüpft werden, werden dem Gesundheitsfonds jedoch weit mehr strukturverändernde Wirkungen zugeschrieben, als er tatsächlich hat. Die Beschreibung von Veränderungen darf sich nicht auf einen Vergleich mit dem Jahr 2008 beschränken. Die zentralen Veränderungen der gesetzlichen Krankenversicherungen fanden vielmehr schon in den neunziger Jahren statt: Durch die Ablösung eines auf den beruflichen Status abstellenden Mitgliederzuweisungssystem durch ein System der freien Wahl der Krankenkassen wurde neben dem Solidarprinzip der Wettbewerb zu einem zentralen Strukturprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Zahl der Krankenkassen ist von über Tausend auf inzwischen knapp 160 geschrumpft. Weil inzwischen weniger als 40 Krankenkassen rd. 90 % aller Versicherten versorgen, dürfte auch das oftmals genannte Ziel, die Zahl der Krankenkassen auf 30 bis 50 zu beschränken, insoweit erreicht sein.

Der Arzneimittelmarkt in Zahlen - aktuelle Situation und Ausblick

Elisabeth Beck

Die ordnungspolitischen Ziele des Koalitionsvertrages „Abbau der Überregulierung“ und „Neuordnung des Marktes unter mittelstandsfreundlichen, wettbewerblichen Kriterien“, nähren die Hoffnung der Hersteller auf eine Neuausrichtung des gesundheitspolitischen Instrumentariums für den Arzneimittelmarkt.

Fest etabliert haben sich wohl, nach langem juristischem Tauziehen, Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 SGB V für generikafähige Arzneimittel. Lobte Philipp Rösler doch kürzlich Rabattverträge als Beleg dafür, „dass ein wettbewerbliches System Vorteile bringen kann“. Sicherlich darf es nicht zu einer Marktmacht der Kassen kommen, die den pharmazeutischen Unternehmer in eine ruinöse Situation treibt. Wünschenswert ist aber, dass Kassen, Leistungserbringer und Hersteller - im Kontext von Modellen außerhalb der Regelversorgung - Spielräume nutzen können, um die Versorgungsqualität für den Patienten zu steigern.

Unterdessen setzten sich im deutschen Pharmamarkt einige Schlüsselrends weiter fort, während andere Marktentwicklungen aufgrund gesetzlicher Veränderungen möglicherweise vor einer Wende stehen. So steigen weiterhin die Parallel-Importe nach Deutschland, auch der Trend hin zu den Spezialtherapeutika hält weiterhin an. Diesem Trend gegenüber steht der rasante Wertverfall vieler patenfreier Arzneimittel.

Fraglich ist auch, ob nach der 15. AMG Novelle und dem in Kraft treten des Belieferungsgebots an den vollsortierten Großhandel der Direktgeschäftsanteil nach Wert doch noch die 20%-Marke überspringen wird.

Wie ein Damoklesschwert hängt über dem gesamten deutschen Gesundheitsmarkt die demografische Entwicklung. Insbesondere in den neuen Bundesländern spitzt sich die Situation inzwischen zu.

Mit analytischer Schärfe und profunder Marktkenntnis erläutert Elisabeth Beck die Entwicklung auf Basis aktueller Marktinformationen von IMS HEALTH.

Umbruch in der Arzneimitteldistribution

Dachmarkenkonzepte und innovative Vertriebswege im Apothekenmarkt

Thomas von Künsberg Sarre

Die Vortragsfolien stehen auf unserer Internetseite www.grpg.de/Aktuell.

Die Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung aus Sicht der Apothekerschaft

Prof. Dr. Martin Schulz

Die Herausforderungen an die pharmazeutische Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung sind vielfältig und nehmen ständig an Breite und Tiefe zu.

Apotheker sind wie Ärzte als freie Heilberufler zuallererst dem Wohl der Patientinnen und Patienten verpflichtet und dürfen in ihren Entscheidungen nicht durch Dritte fremdbestimmt werden: Alle Patienten haben den Anspruch, die für sie wirksamste Versorgung zu erhalten.

- Der GKV-Arzneimittelmarkt ist durch eine Vielzahl von Regulierungen geprägt, die sich zum Teil widersprechen. Eine Neuausrichtung ist dringend erforderlich.
- Die uneingeschränkte Apothekenpflicht für alle Arzneimittel ist (wieder) sicher zu stellen. Trivialisierungsbestrebungen müssen eingestellt werden.
- Qualitätsgesicherte apothekerliche Leistungen sind in Versorgungskonzepten verstärkt einzubinden (Persistenz/Adhärenz).
- Die Einbindung der Apotheker in die Betreuung chronisch Kranker (Asthma, Diabetes, Herzinsuffizienz ...) bzw. multimorbider Patienten im Rahmen eines Medikationsmanagements ist weiter zu verbessern.
- Die Arzt-/Apotheker-Kooperation vor Ort ist zu intensivieren und zu institutionalisieren.

Die kollektivvertraglichen Regelungen zur Arzneimittelversorgung und preisunabhängiger apothekerlicher Vergütung sind weiter zu entwickeln. Sie müssen für alle an der Versorgung teilnehmenden Apotheken einheitlich und verbindlich gelten; hierdurch werden auch Gemeinwohleinstellungen verlässlich und kostendeckend mitfinanziert - "Rosinenpickereien" sind weder individuell noch gemeinschaftlich zielführend. Patientennahe pharmazeutische Dienstleistungen sind weiter zu entwickeln, v. a. mit dem Ziel einer erhöhten Effektivität der Pharmakotherapie und einer verbesserten Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).

Professor Dr. Martin Schulz, FFIP
Geschäftsführer Arzneimittel der ABDA, der BAK und des DAV (www.abda.de)
Geschäftsführer Pharmazie des DAPI (www.dapi.de)
Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)

Jägerstr. 49/50
10117 Berlin

arzneimittel@abda.aponet.de

Steuerung der Arzneimittelversorgung - Rabattverträge als Beispiel eines ersten Schrittes in die „neue Welt“

Rabattverträge als erster Schritt innovativer Gestaltung - und was kommt dann?

Dr. Christopher Hermann

Die Arzneimittel-Rabattverträge haben die über Jahre festgezurrten Verhaltensmuster der Akteure auf dem Pharmamarkt grundlegend verändert. Die Rollen der Stakeholder sind neu verteilt, Wettbewerb und Marktverschiebungen an der Tagesordnung. Allerdings gilt dies vor allem für den Generikamarkt. Im patentgeschützten Bereich ist Versorgungssteuerung das Schlüsselwort. Erforderlich sind weitere wettbewerbliche Elemente.

Rabattverträge – eine Wettbewerbsbremse oder ein Stück mehr Wettbewerb im Arzneimittelmarkt?

Dr. Peter Blees

Seit Einführung des Beitragssatzsicherungsgesetzes (BSSichG) zum 01.01.2003 besteht für gesetzliche Krankenkassen die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens nach § 130a Abs. 8 SGB V mit Arzneimittelherstellern. Mit dem GKV-WSG (2007) schaffte der Gesetzgeber den maßgeblichen Anreiz zum Abschluss von Rabattverträgen: Ab sofort mussten die Apotheken bevorzugt rabattierte Arzneimittel abgeben. Von diesem Zeitpunkt an boomten die Rabattverträge. Wurden zuerst fast ausschließlich Rabattverträge im generischen Bereich abgeschlossen, so war mit der Zeit feststellbar, dass Rabattverträge auch mehr und mehr im patentgeschützten Bereich Fuß fassten. Heute sind über 60% der im generikafähigen Marktsegment abgegebenen Arzneimittelpackungen rabattiert. Im patentgeschützten Bereich sind es bereits rund 12%, darunter dominierend Insulinanaloge und Interferone.

Schon sehr früh versuchten Krankenkassen bei Rabattverträgen im generischen Segment Vertragsgemeinschaften zu bilden, um durch die Bündelung von Marktmacht von den Herstellern vorteilhaftere Konditionen eingeräumt zu bekommen. Allen voran das AOK-System mit einem Marktanteil von über 35% im generikafähigen Arzneimittelsektor. Diese einseitige Konzentration von Marktmacht führte zwangsläufig zu Gegenreaktionen auf Seiten der Arzneimittelhersteller. Aufgrund einer Vielzahl von juristischen Klageverfahren wurde der

gesamte generische Bereich im Sinne des öffentlichen Vergaberechtes ausschreibungspflichtig. Dies schränkte die ursprünglich vom Gesetzgeber beabsichtigte Stärkung des Wettbewerbes zwischen Krankenkassen einerseits und Arzneimittelherstellern andererseits stark ein. Heute sehen sich die Arzneimittelhersteller einer höchst einseitigen Marktmacht der Krankenkassen gegenüber, die aufgrund des Vergaberechtes nur mehr wirkstoffspezifische Rabattverträge ausschreiben, die kaum noch Spielraum für den erhofften Wettbewerb im Sinne eines Such- und Entdeckungsverfahrens für bessere Versorgungskonzepte bei der Arzneimitteltherapie lassen. Rabattverträge zur Flankierung von Verträgen der Integrierten Versorgung wären zwar an sich wünschenswert und sind gesetzlich sogar explizit in § 140a Abs. 1 SGB V vorgesehen, spielen aber in der Versorgungsrealität - auch wegen deren fehlenden Abbildung in der Lauer-Taxe - faktisch keine Rolle. Schade! Da der Gesetzgeber die stringente Einführung des Kartell- und Wettbewerbsrechtes in das Sozialgesetz bislang abgelehnt hat, kann von einem Wettbewerb mit „gleich langen Spießen“ nicht die Rede sein. Die Nachfrageseite gibt, wie im Fall der AOK als „Nachfragemacht“ den Ton an. Die Ausschreibungsbedingungen werden immer ruinöser für die Arzneimittelhersteller. Daher ist dringend die uneingeschränkte Geltung des Kartell- und Wettbewerbsrechtes bei Rabattverträgen für aut-idem-substitutionsfähige Arzneimittel zu fordern.

Etwas anders sieht es im patentgeschützten Bereich aus. Hier werden Rabattverträge angesichts widersprüchlicher Gerichtsurteile bezüglich der Anwendbarkeit des Vergaberechtes derzeit noch frei verhandelt. Aber auch in diesem Bereich sind erste, wenn auch nicht ganz vergaberechtskonforme Ausschreibungen erfolgt. Es steht zu befürchten, dass auch im patentgeschützten Bereich das Vergaberecht als zwingend anwendungspflichtig bestätigt wird. Dies würde den Abschluss von sog. mehrdimensionalen Verträgen - auch unter dem Unwort „Mehrwertverträge“ bekannt - dramatisch erschweren, wenn nicht sogar unmöglich machen. Damit würden auch in diesem Bereich innovative Versorgungskonzepte blockiert, deren Zielsetzung seitens beider Vertragsparteien nicht primär in plumper Kostendämpfung, sondern vielmehr in Verbesserungen der Versorgungsqualität besteht. Es ist allerdings zu befürchten, dass aufgrund des Finanzierungsdruckes in der GKV auch in diesem Bereich das selektive Kontrahieren zu einem reinen Geschäft um die höchsten Rabatte degeneriert.

Betrachtet man sich die aktuelle Situation der Rabattverträge und deren politisch in der neuen Regierungskoalition noch nicht gefestigten Zukunftsaussichten, so bleibt festzustellen, dass das Ziel des Gesetzgebers, mit Verträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V den Wettbewerb auf allen Ebenen des Arzneimittelmarktes zu fördern, weitgehend verfehlt wurde. Rabattverträge sind zumindest zur Stimulierung des Qualitätswettbewerbs, heute eher hinderlich als förderlich. Schade, da alle Beteiligten eine Chance vergeben – zu Lasten der Patienten!