

IGES Arzneimittel-Atlas 2012

Der GKV-Arzneimittelmarkt 2011

Prof. Bertram Häussler
IGES Institut

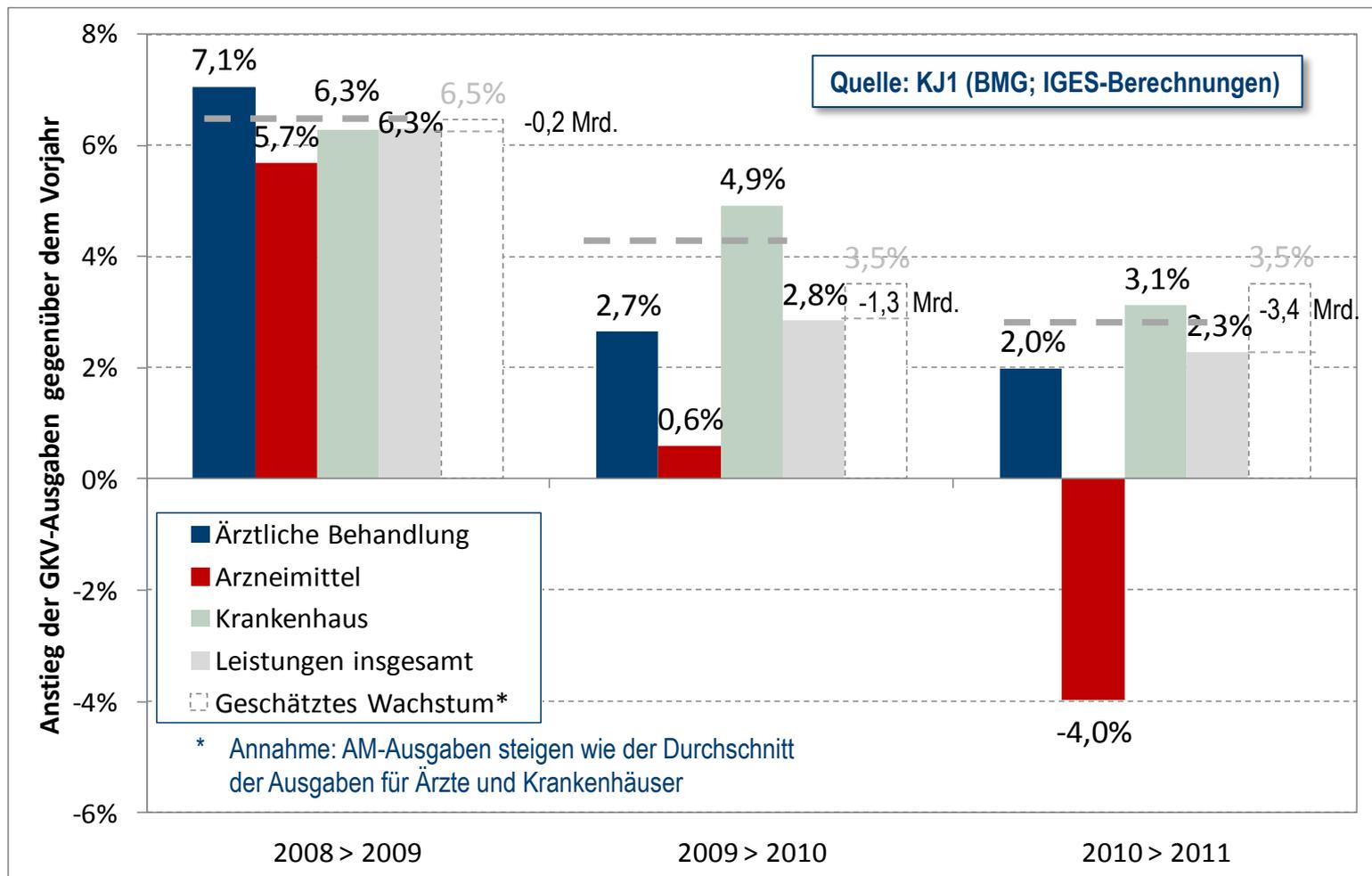
27. August 2012
Haus der Bundespressekonferenz

- **Ergebnisse 2011: Ausgaben der GKV und Komponenten der Ausgabenentwicklung**
- **Schwerpunktthema Diabetes: Bedarf für besser verträgliche Wirkstoffe**
- **Regionale Unterschiede: Die neue Generation des Arzneimittel-Atlas**

Alle GKV-Marktdaten: INSIGHTHealth

Die Entwicklung der Ausgaben für Arzneimittel in der GKV

AM-Ausgaben im dritten Jahr mit relativ geringstem Wachstum → dämpfender Effekt auf die Gesamtausgaben von 5 Mrd. (2009-2011)

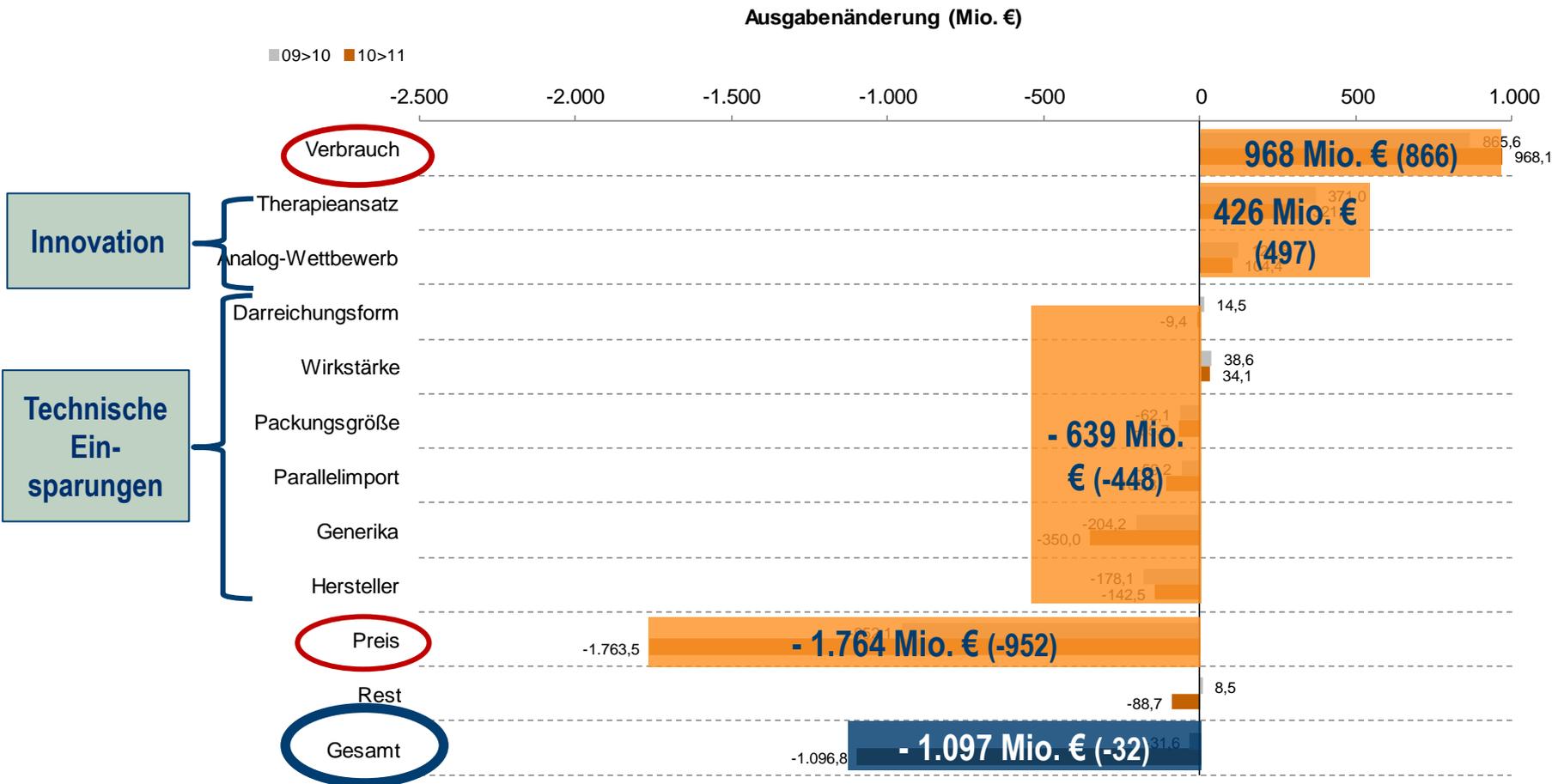


Arzneimittelrabatte von Herstellern sind Grundlage für die Einsparungen geg. dem Vorjahr



Element der Ausgabenentwicklung	Quelle	2009 (Mio. €)	2010 (Mio. €)	2011 (Mio. €)	Differenz 09/10		Differenz 10/11	
					Mio. €	%	Mio. €	%
Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken nach AVP	IGES-Berech.	31.836	32.874	33.309	1.038	3,3	435	1,3
Abschläge auf diese Umsätze		-4.570	-5.553	-7.231	-984	21,5	-1.677	30,2
Darunter								
Zuzahlungen von Patienten	KJ1/ KV45	-1.650	-1.701	-1.807	-51	3,1	-106	6,2
Arzneimittelrabatte von Herstellern	KJ1	-1.781	-2.876	-4.238	-1.095	61,5	-1.361	47,3
Arzneimittelrabatte von Apothekern	KJ1	-1.139	-976	-1.186	163	-14,3	-210	21,5
Sonstiges (Hilfsmittel, außerhalb vertragsärztl. Vers., etc.)	KJ1	2.737	2.860	2.906	122	4,5	46	1,6
Ausgaben GKV	KJ1	30.004	30.180	28.984	177	0,6	-1.196	-4,0

Ausgabenrückgang durch zusätzliche Rabatte kompensiert Ausgabensteigerungen durch Mehrverbrauch und Innovationen

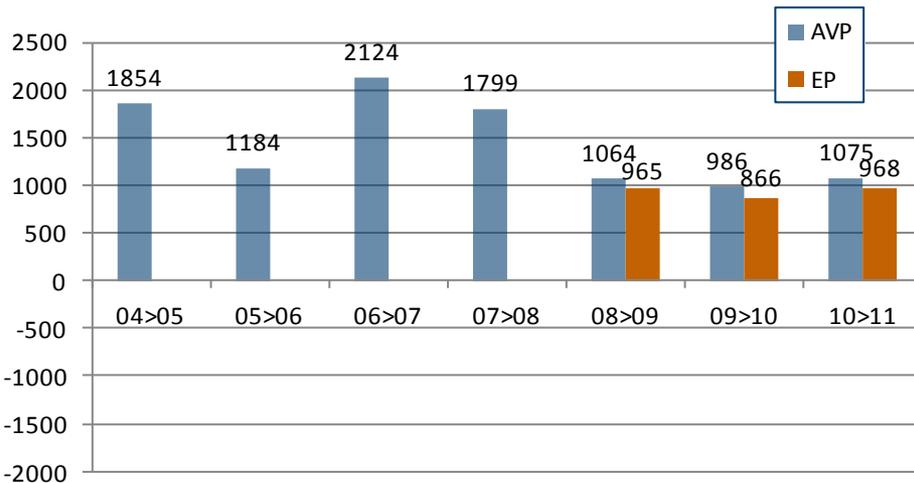


IGES-Berechnungen nach NVI (Insight Health)

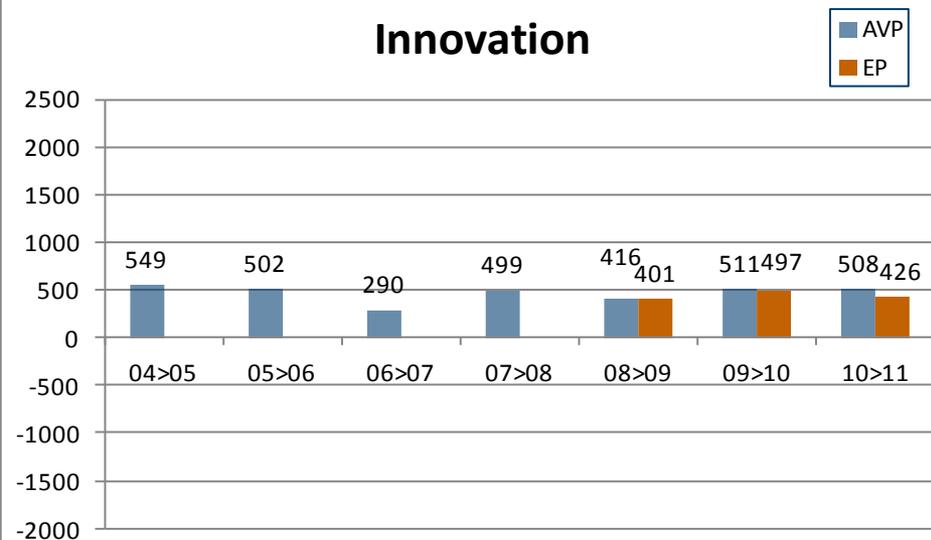
Mehrausgaben durch Verbrauch und Innovation sowie Einsparungen sind langfristig stabil



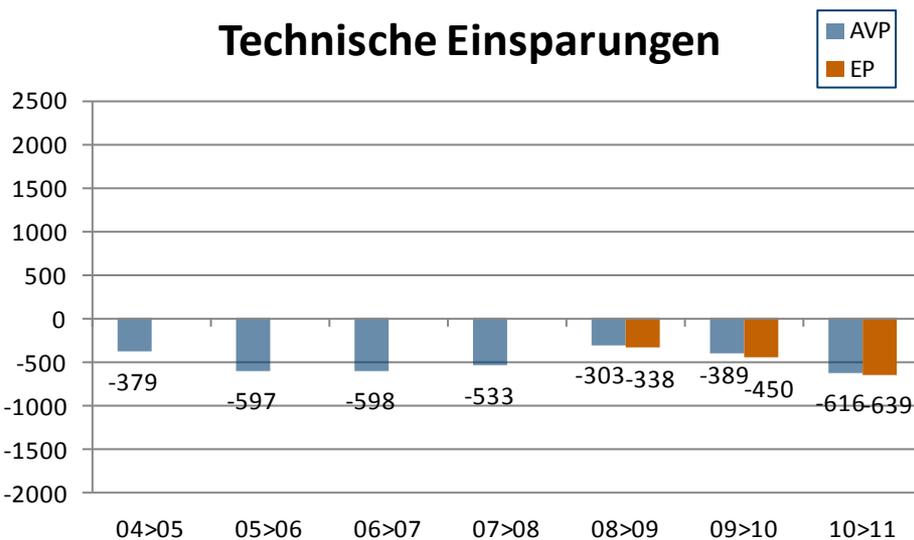
Verbrauch



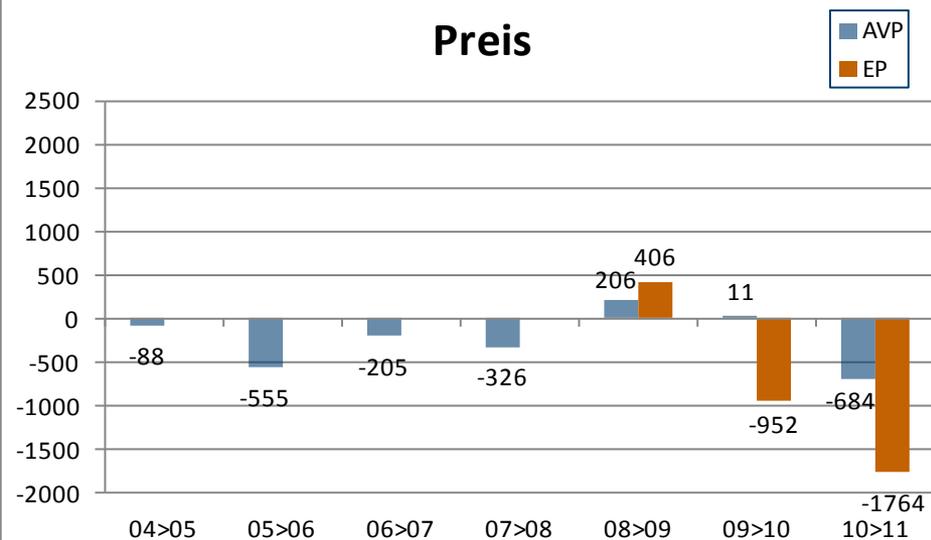
Innovation



Technische Einsparungen



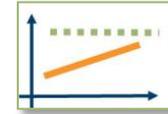
Preis



Mehrverbrauch hat verschiedene Ursachen:



1. Sättigung eines bisher nicht befriedigten Bedarfs



2. Mehr Patienten durch

- mehr Überlebende
- Alterung der Bevölkerung
- Zunahme der Erkrankungshäufigkeit



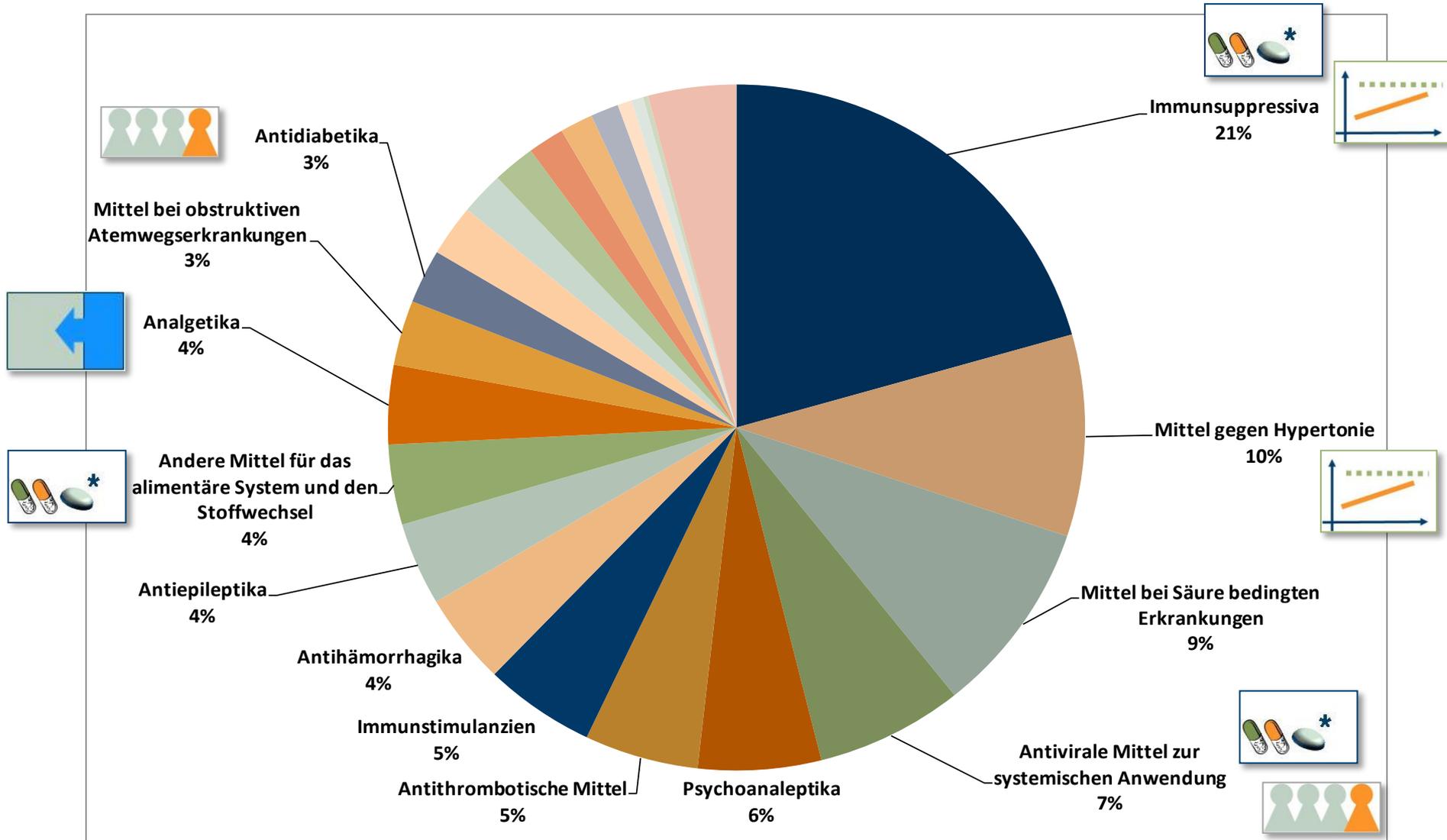
3. Neue therapeutische Möglichkeiten



4. Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich



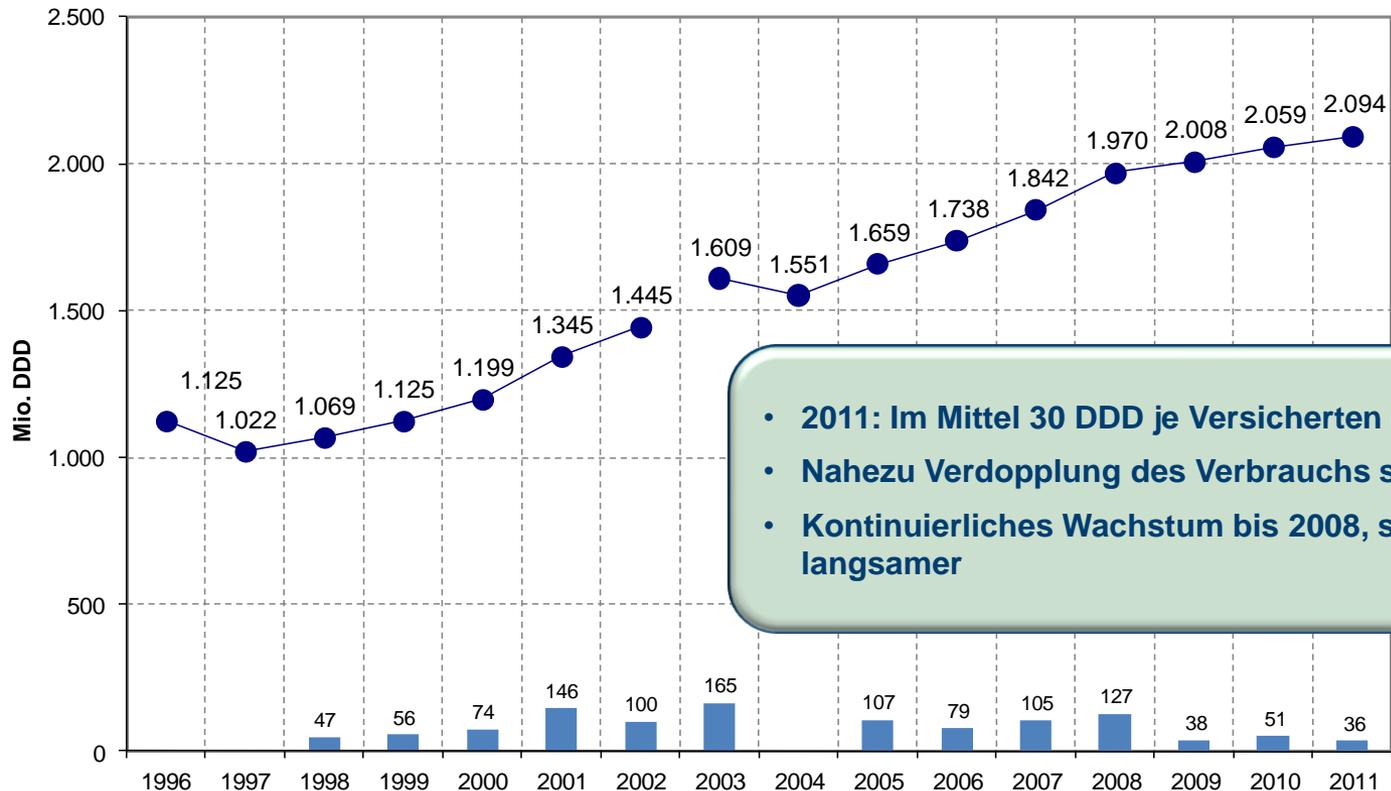
AM gegen schwere Erkrankungen bestimmen das Ausgabenwachstum durch Mehrverbrauch



- **2011 Ausgabenrückgang (KJ1) gegenüber Vorjahr um 4,0%.**
- **2,7 Mrd. Euro Einsparungen in den letzten beiden Jahren durch Rabatte und Preismoratorium.**
- **Zusätzliche (350 Mio. in 2011) durch Patentabläufe**
 - Clopidogrel (B01), Aromatasehemmer (L02), Pantoprazol (A02))
- **Dennoch: kontinuierliches Wachstum des Arzneimittelverbrauchs „im Hintergrund“ durch Bedarfslücken und steigende Morbidität**
 - Besonders durch die Gruppe der Immunsuppressiva (L04), mit denen eine Bedarfslücke in der Rheumatherapie geschlossen wird.
 - Bedingt durch anhaltendes Verbrauchswachstum auch in diesem Morbiditätssegment ist für 2012 daher wieder mit Ausgabensteigerungen zu rechnen.

Schwerpunkt Diabetes

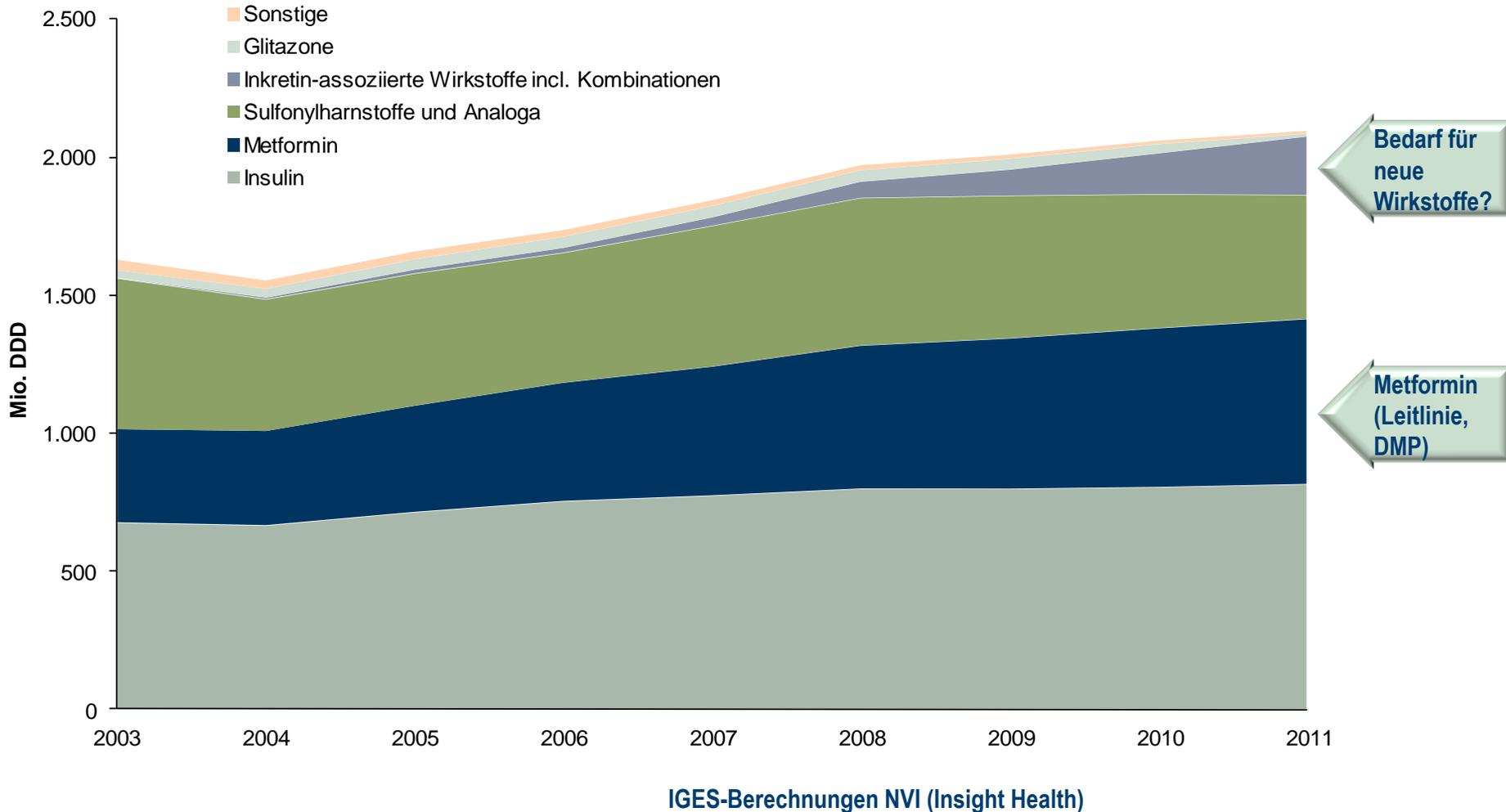
Mehrverbrauch an Antidiabetika hält seit 15 Jahren an



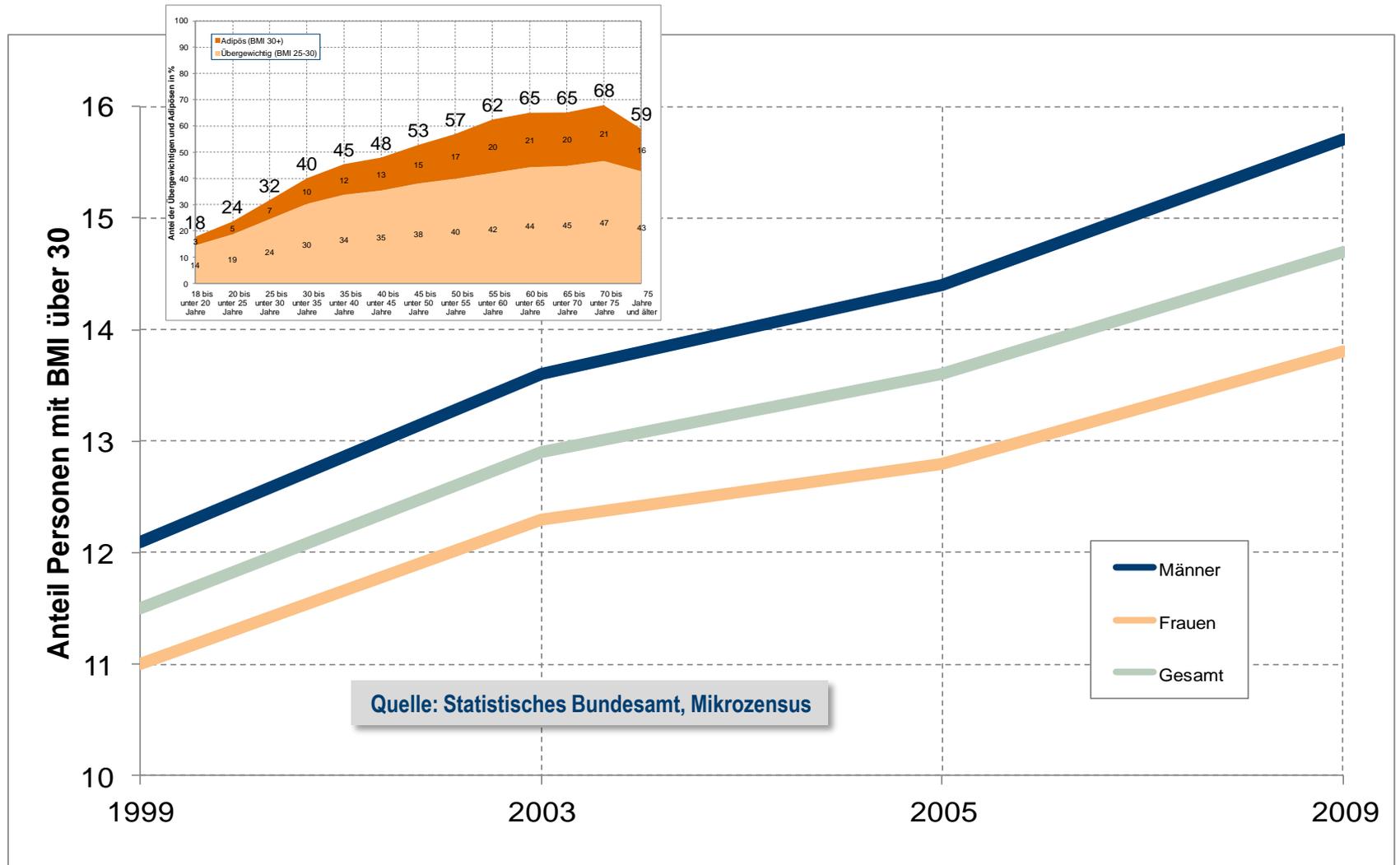
- 2011: Im Mittel 30 DDD je Versicherten der GKV
- Nahezu Verdopplung des Verbrauchs seit 1996
- Kontinuierliches Wachstum bis 2008, seither langsamer

IGES-Berechnungen nach AVR und NVI (Insight Health)

Neue Wirkstoffe mit günstigen Eigenschaften hinsichtlich Gewichtszunahme und Hypoglykämien sind auf dem Vormarsch



Anteil von Menschen mit Adipositas (BMI > 30) steigt im Lauf der Zeit und mit zunehmendem Lebensalter erheblich an



- **Verbrauchsanstieg seit 1996**
 - Regulatorische Anreize (Richtgrößen, DMP)
 - Reduzierung des Anteils Unbehandelter
 - Intensivierung der Therapie (Zielwerte, Insulin)
 - Anstieg der Prävalenz, Demografie

- **Bedarf für neue Wirkstoffe**
 - Problem: Hypoglykämie und Gewichtszunahme unter bisherigen Therapieoptionen
 - Neuere Wirkstoffklassen ohne diese Nachteile
 - Steigender Verbrauchsanteil als Indikator für den vorhandenen Bedarf

Regionale Darstellungen des Arzneimittelverbrauchs

- **Neue Generation des Atlas**
- **Unterstützung bei der Aufdeckung von**
 - Versorgungsproblemen
 - epidemiologischen Problemlagen

Am Beispiel Diabetes:

→ **Überdurchschnittlicher Verbrauch in den östlichen Bundesländern**



IGES-Berechnungen NVI (Insight Health) und BMG

Verbrauch (A10) pro GKV-Versicherten in DDD, z-standardisierte Abweichung vom Mittelwert, 2011 (Deutschland: 30,22 DDD)

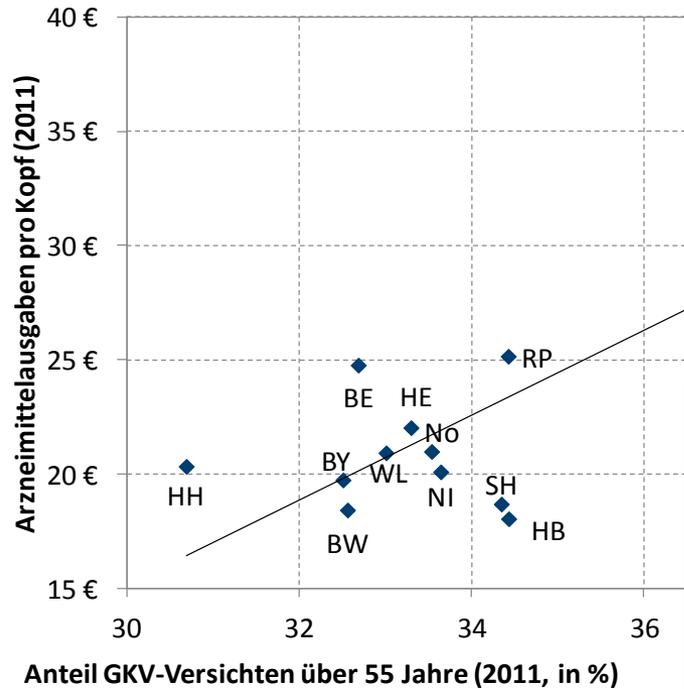


sowie Änderungen gegenüber dem Vorjahr in Prozent (Deutschland: 2,0%)

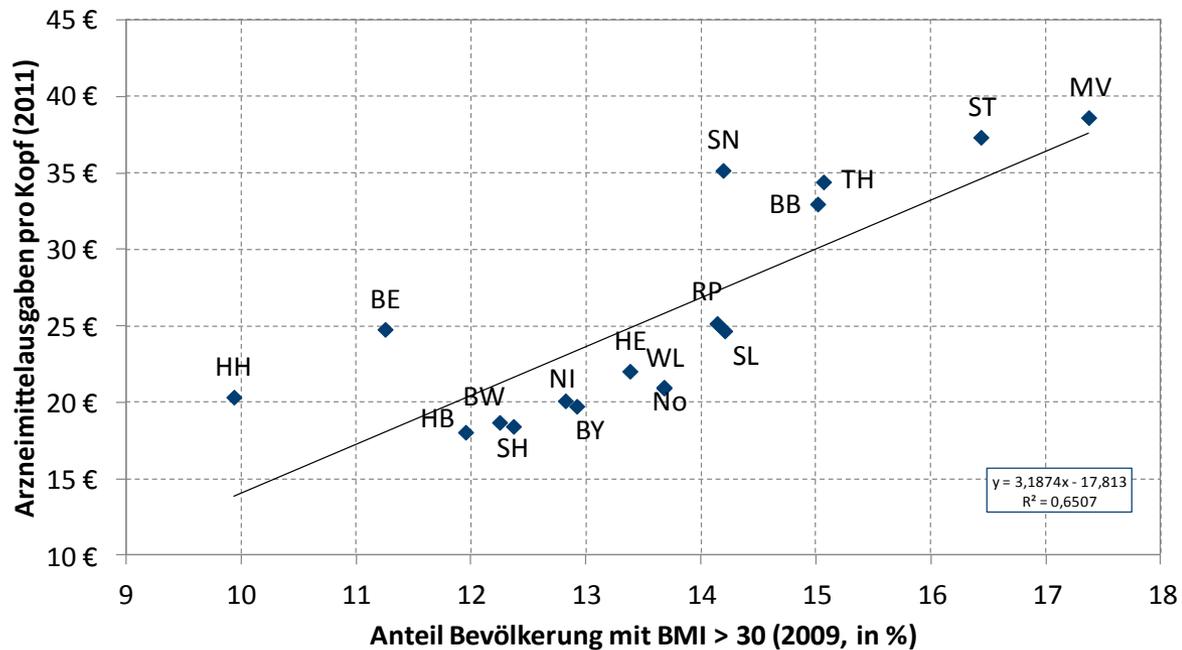
Alter und Übergewicht (BMI) beeinflussen den Verbrauch von Antidiabetika



Einflussfaktor: Demographie



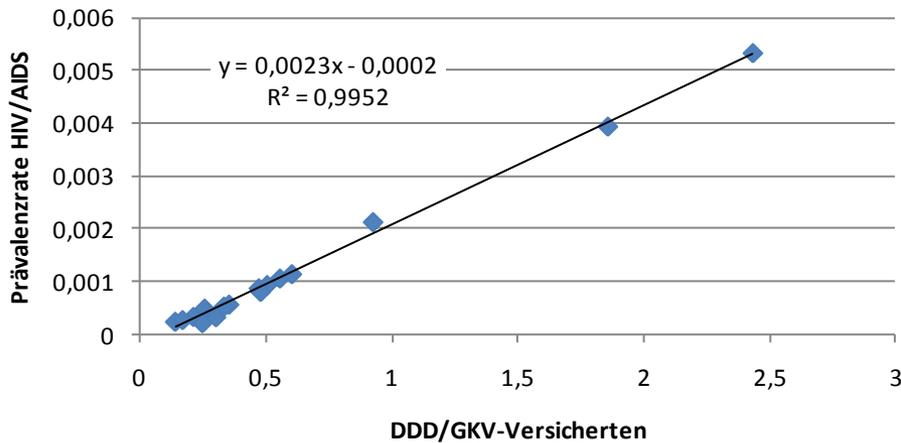
Einflussfaktor: Body-Mass-Index (BMI)



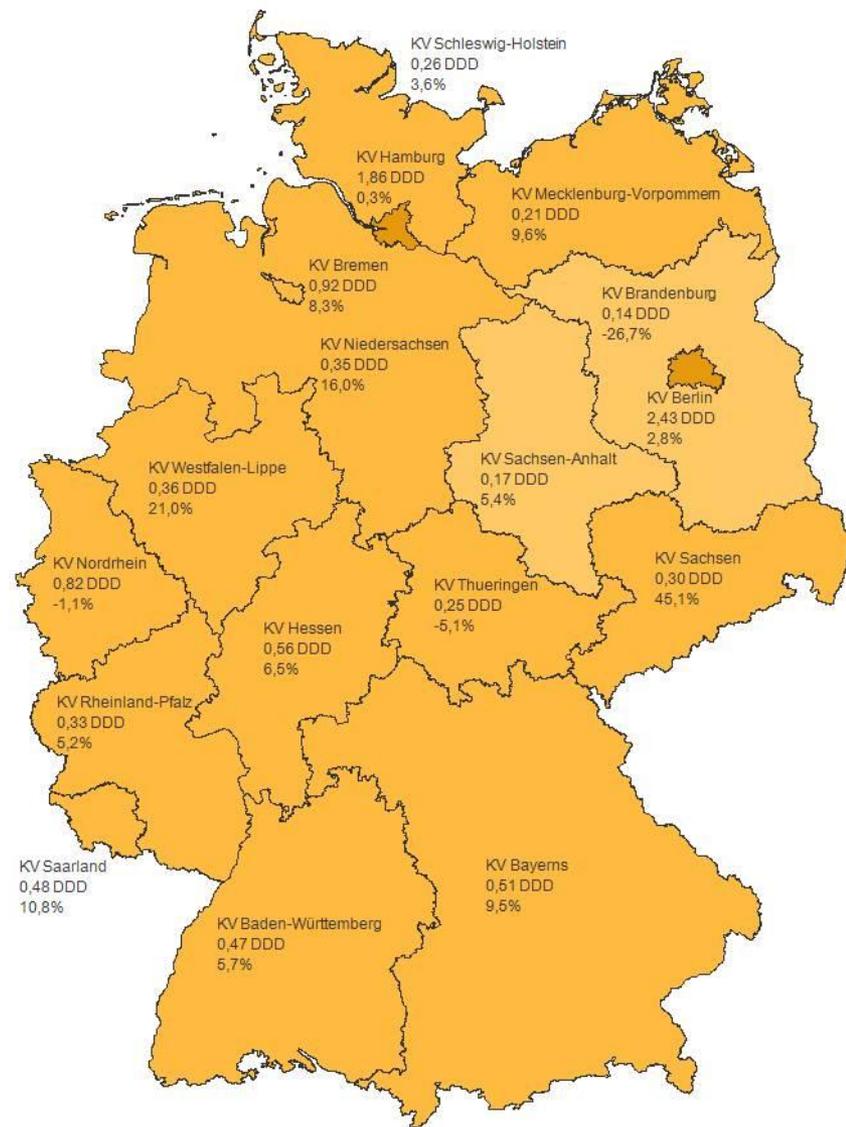
Beispiel: Antivirale Mittel J05) (überwiegend HIV)

→ **Höchster Verbrauch in den Zentren der Versorgung (u.a. wegen hoher Attraktivität für Erkrankte)**

Prävalenz HIV/AIDS



IGES-Berechnungen nach NVI (Insight Health),
BMG und RKI



Verbrauch (J05) pro GKV-Versicherten in DDD,
z-standardisierte Abweichung vom Mittelwert, 2011
(Deutschland: 0,56 DDD)

- z ≤ -1,5
- 1,5 < z ≤ -0,5
- 0,5 < z < 0,5
- 0,5 ≤ z < 1,5
- 1,5 ≤ z

sowie Änderungen gegenüber dem Vorjahr in Prozent (Deutschland: 5,6%)

- **Vielfach sind starke regionale Unterschiede erkennbar**
- **Gründe sind**
 - Morbidität bedingt durch Unterschiede bei
 - Altersstruktur
 - Prävalenz und Inzidenz
 - Risikofaktoren
 - Versorgungsstruktur
 - Spezialversorgung
 - Arzt-/Facharztdichte
 - Krankenhaus-Dichte
- **Atlas liefert Ausgangspunkte für vertiefende Untersuchungen**



www.iges.de