

**IGES Arzneimittel-Atlas 2012**

# **Der GKV-Arzneimittelmarkt 2011**

**Prof. Bertram Häussler**  
**IGES Institut**

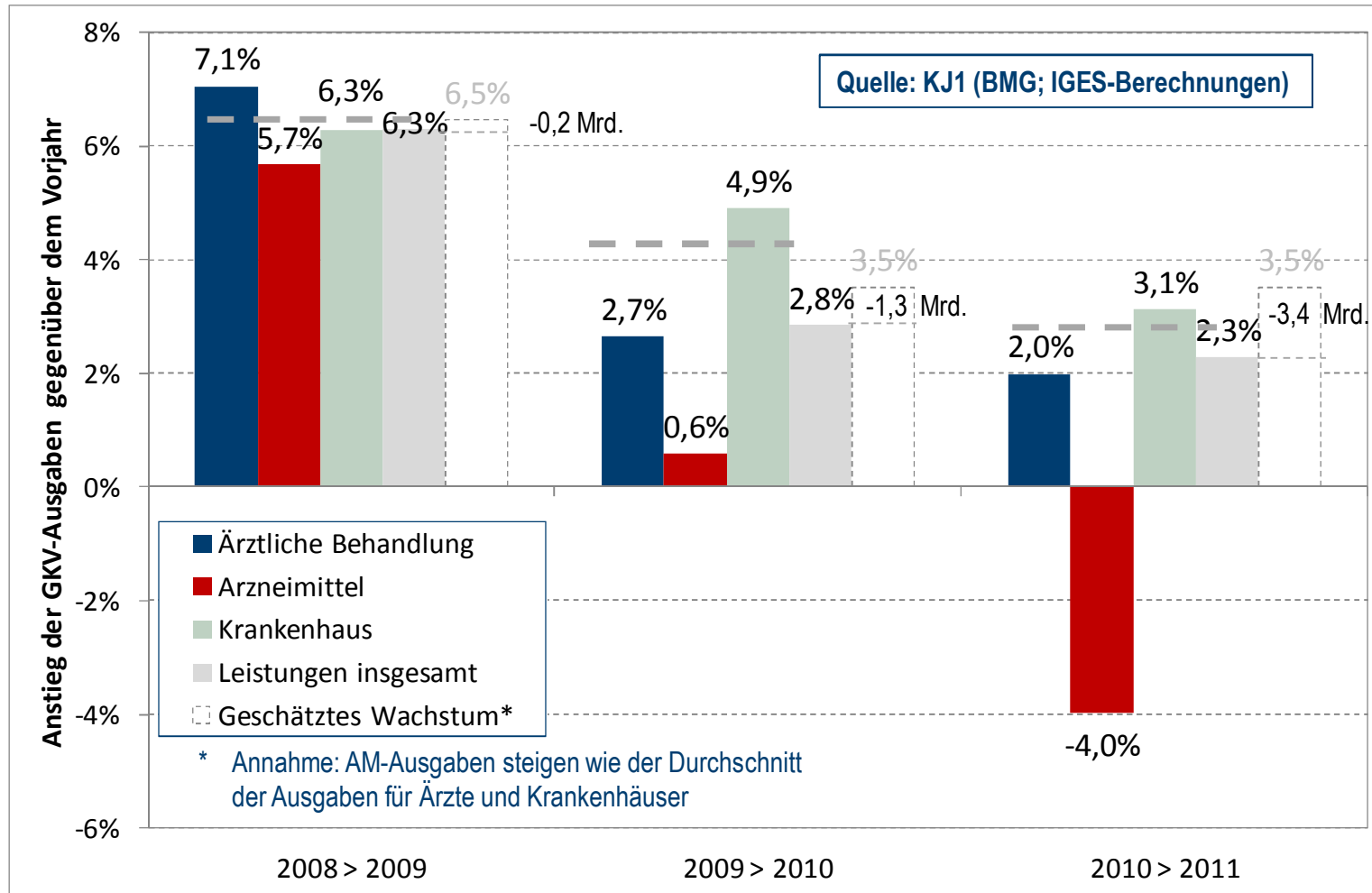
**27. August 2012**  
**Haus der Bundespressekonferenz**

- **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)

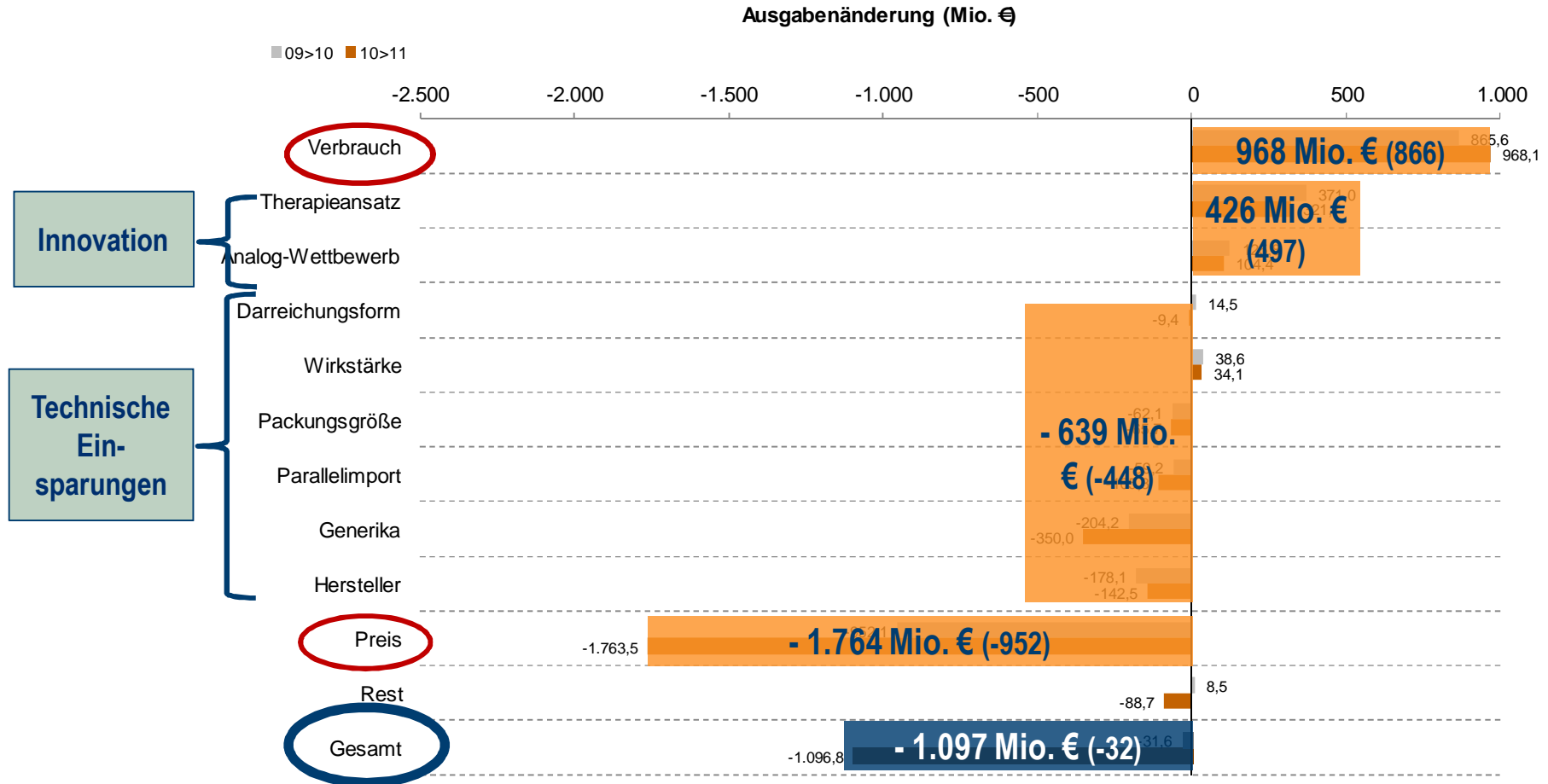


# Arzneimittelrabatte von Herstellern sind Grundlage für die Einsparungen geg. dem Vorjahr



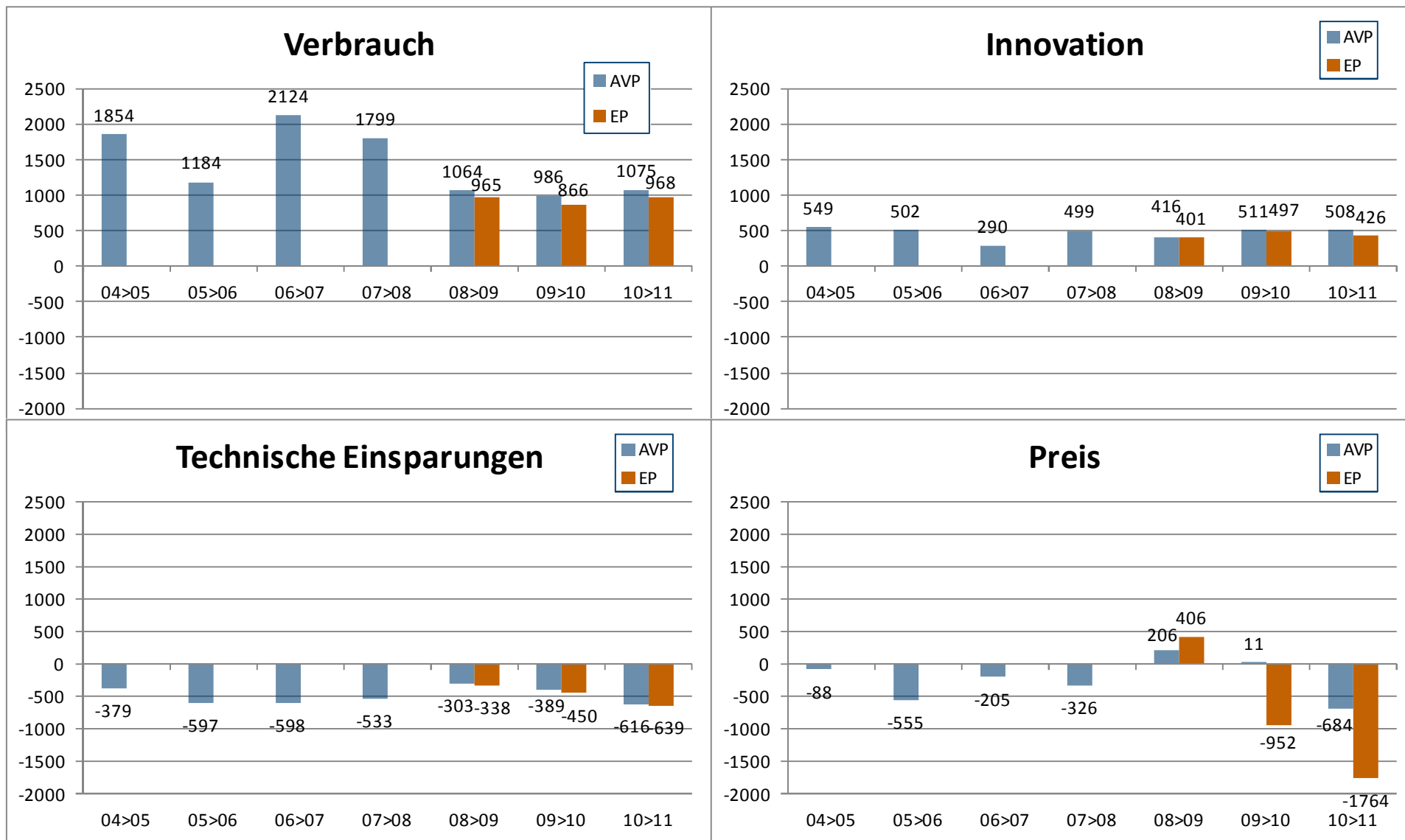
Element der Ausgabenentwicklung	Quelle	2009 (Mio. €)	2010 (Mio. €)	2011 (Mio. €)	Differenz 09/10		Differenz 10/11	
					Mio. €	%	Mio. €	%
Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken nach AVP	IGES-Berech.	31.836	32.874	33.309	1.038	3,3	435	1,3
Abschläge auf diese Umsätze		-4.570	-5.553	-7.231	-984	21,5	-1.677	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
<b>Ausgaben GKV</b>	<b>KJ1</b>	<b>30.004</b>	<b>30.180</b>	<b>28.984</b>	<b>177</b>	<b>0,6</b>	<b>-1.196</b>	<b>-4,0</b>

# 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



# 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**

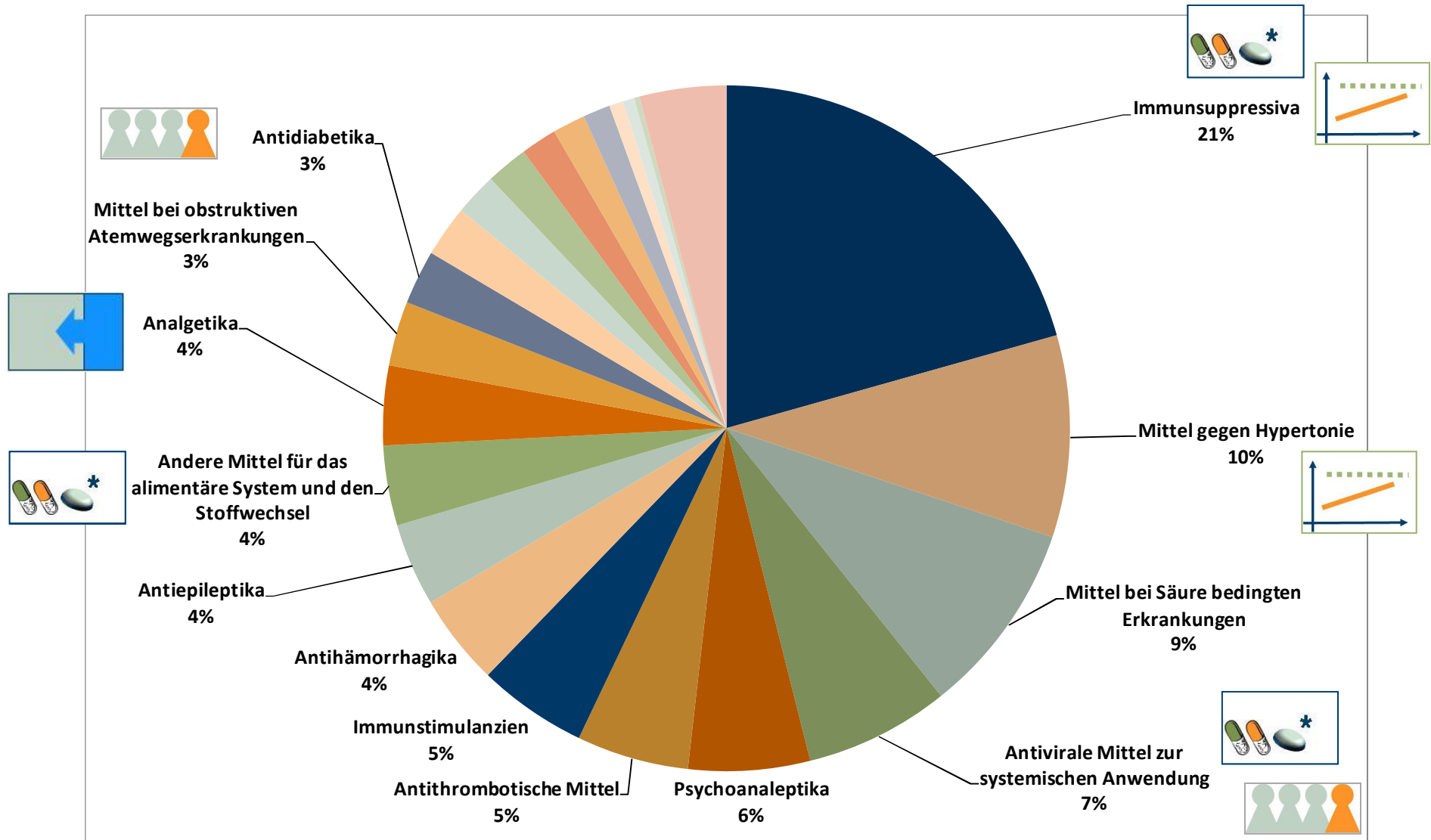


**4. Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich**





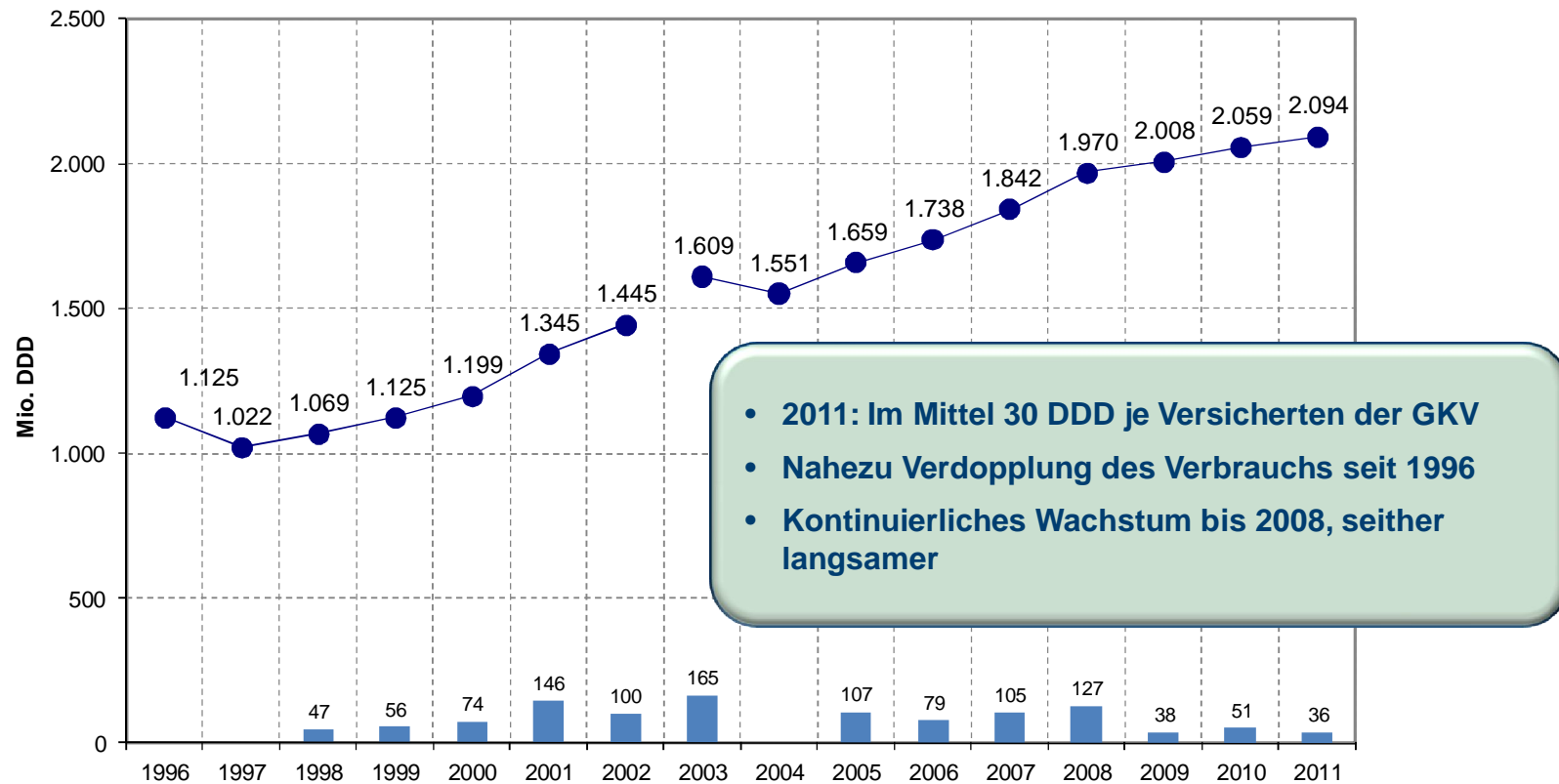
# AM gegen schwere Erkrankungen bestimmen das Ausgabenwachstum durch Mehrverbrauch



- **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.

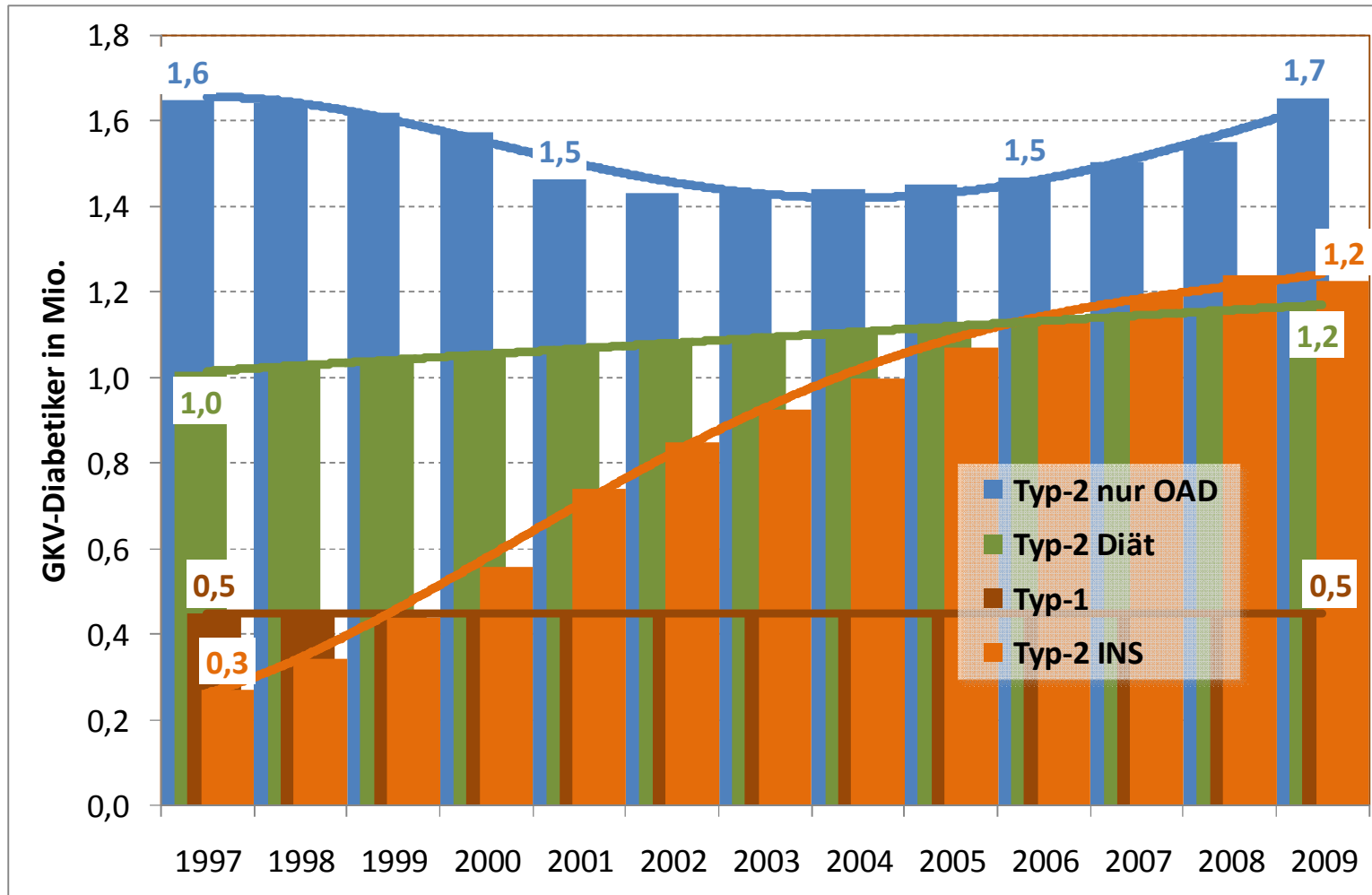
# Schwerpunkt Diabetes

# Mehrverbrauch an Antidiabetika hält seit 15 Jahren an

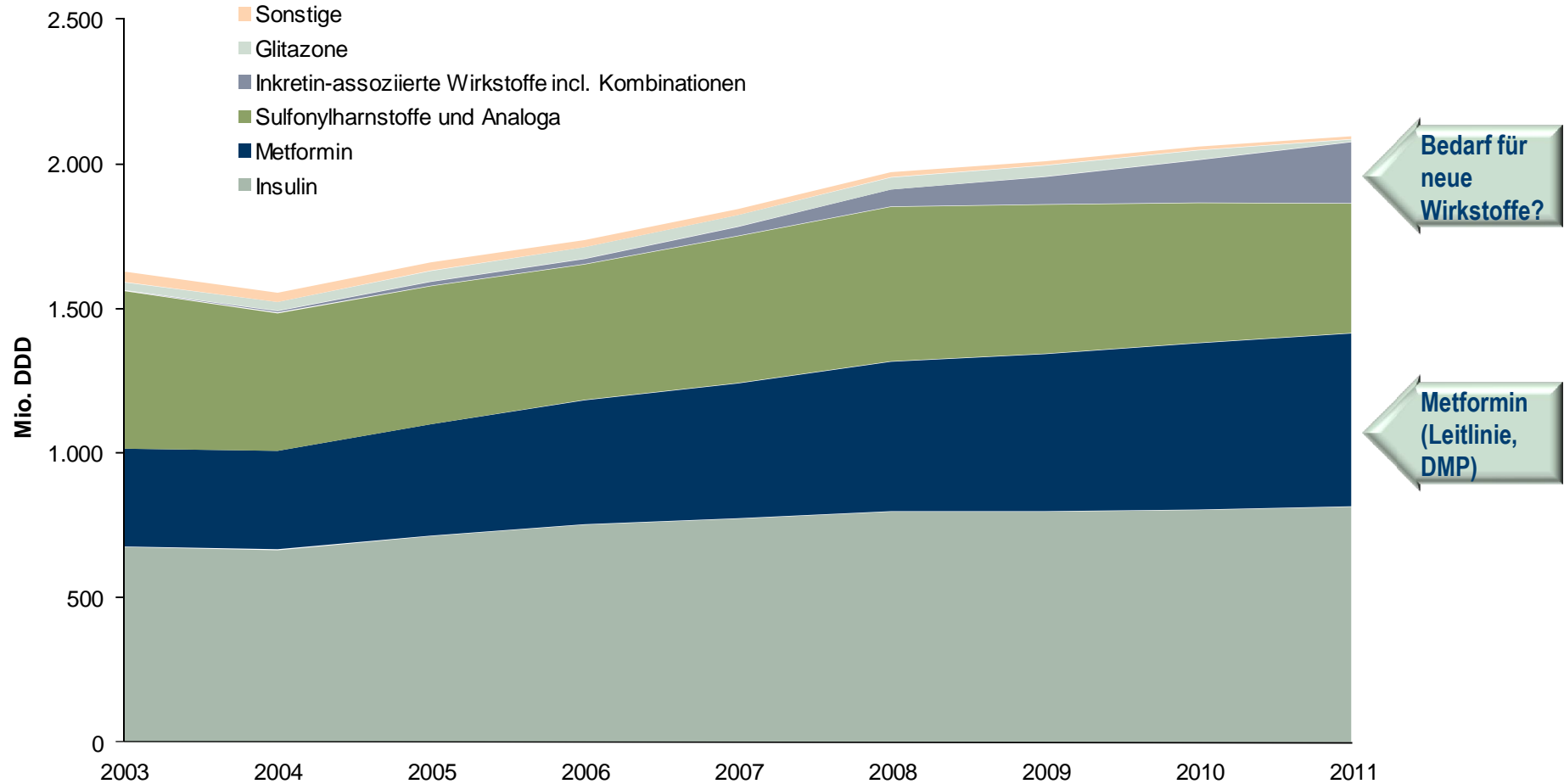


IGES-Berechnungen nach AVR und NVI (Insight Health)

# Behandlung von Typ-2-Diabetikern mit Insulin hat stark zugenommen

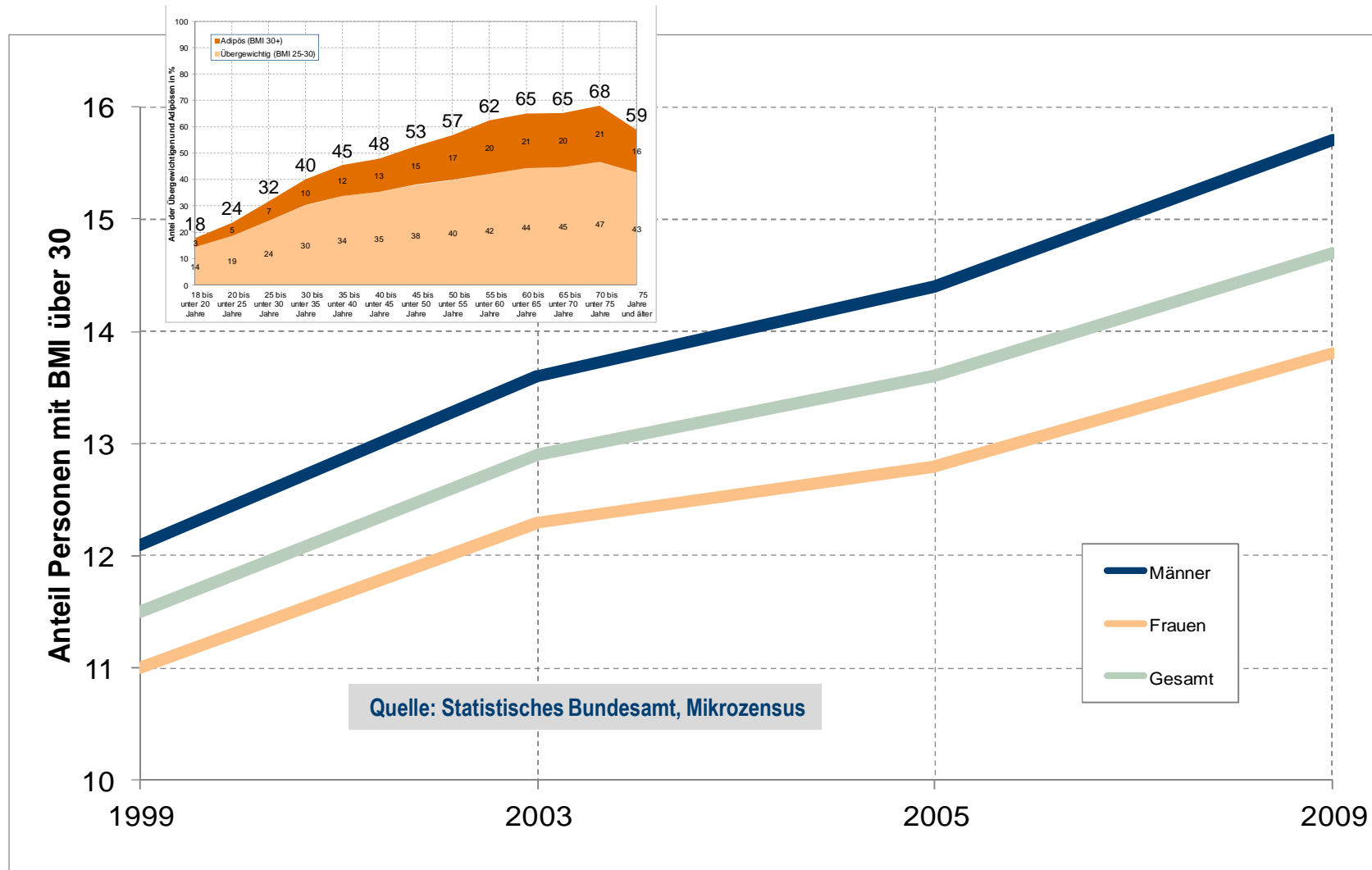


# Neue Wirkstoffe mit günstigen Eigenschaften hinsichtlich Gewichtszunahme und Hypoglykämien sind auf dem Vormarsch



IGES-Berechnungen NVI (Insight Health)

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



# Fazit: Schwerpunkt Diabetes

- **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

# Einführung



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

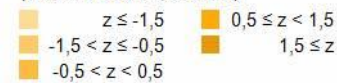
# Am Beispiel Diabetes:

→ **Überdurchschnittlicher Verbrauch in den östlichen Bundesländern**



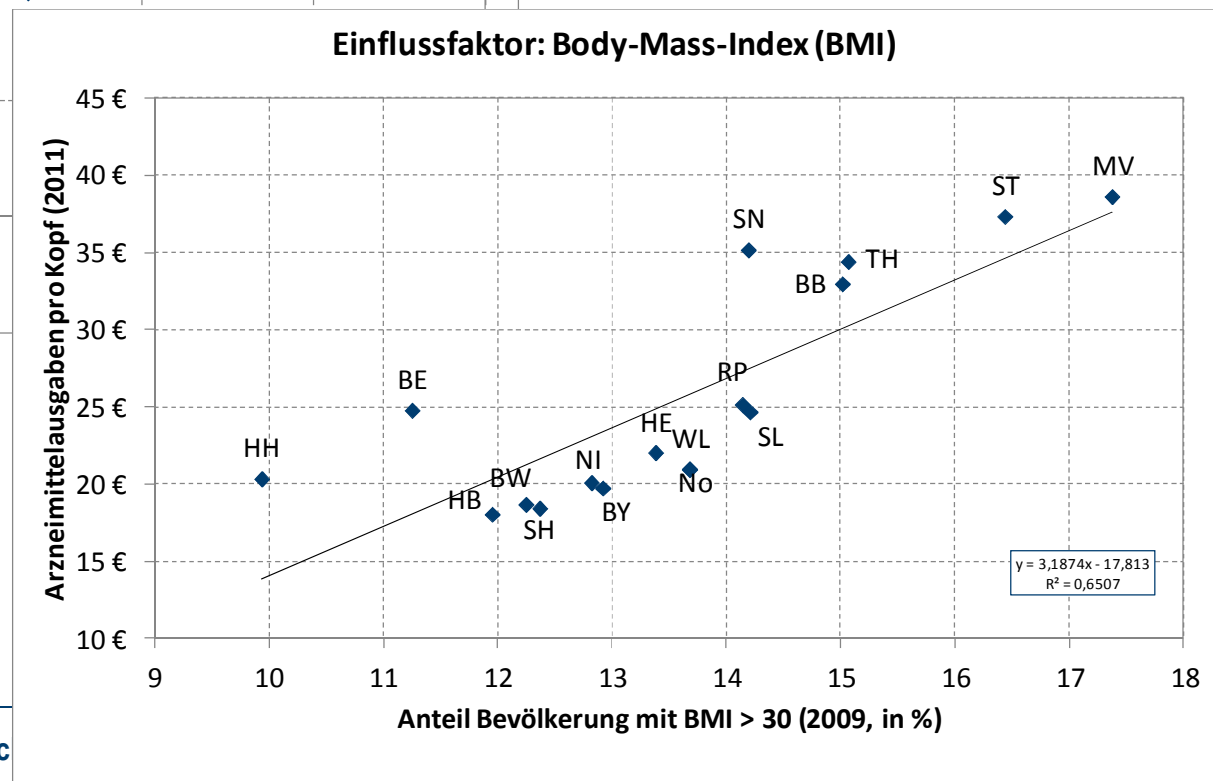
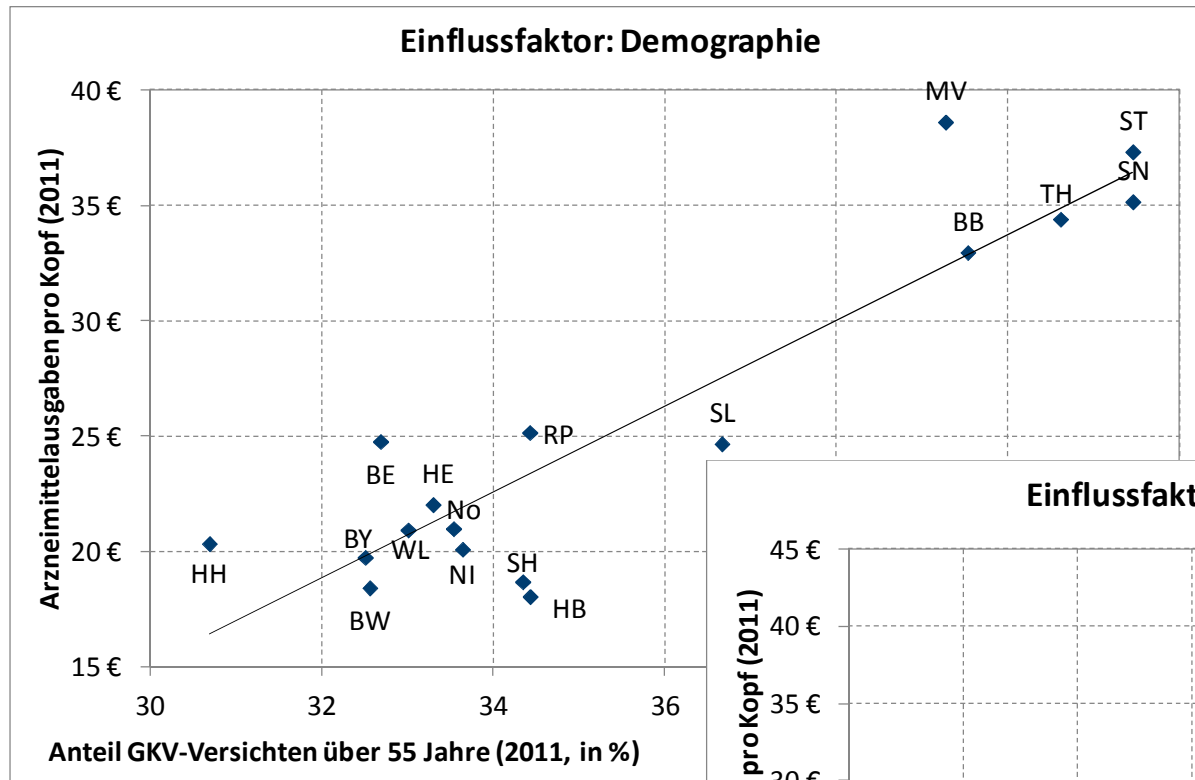
IGES-Berechnungen NVI (Insight Health) und BMG

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



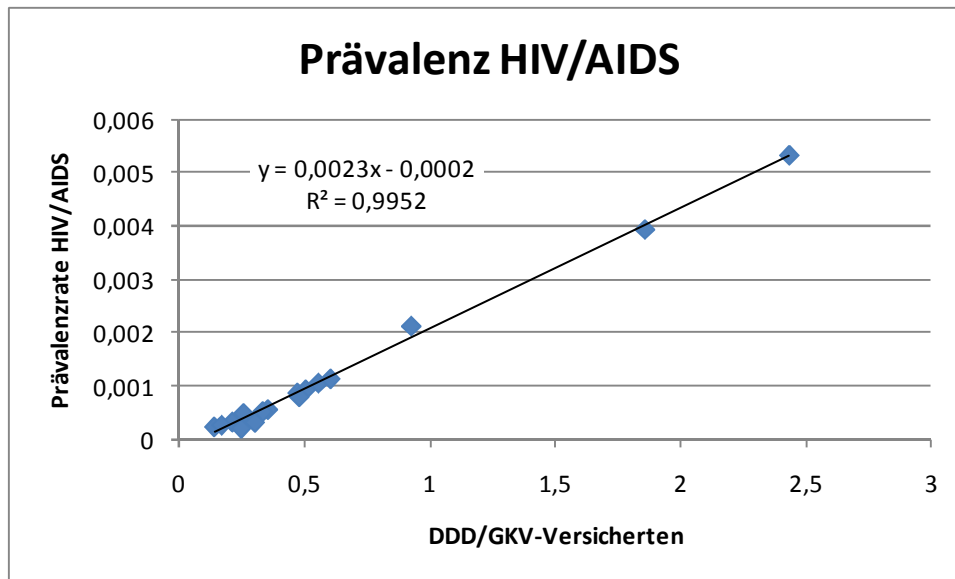
sowie Änderungen gegenüber dem Vorjahr in Prozent (Deutschland: 2,0%)

# Alter und Übergewicht (BMI) beeinflussen den Verbrauch von Antidiabetika

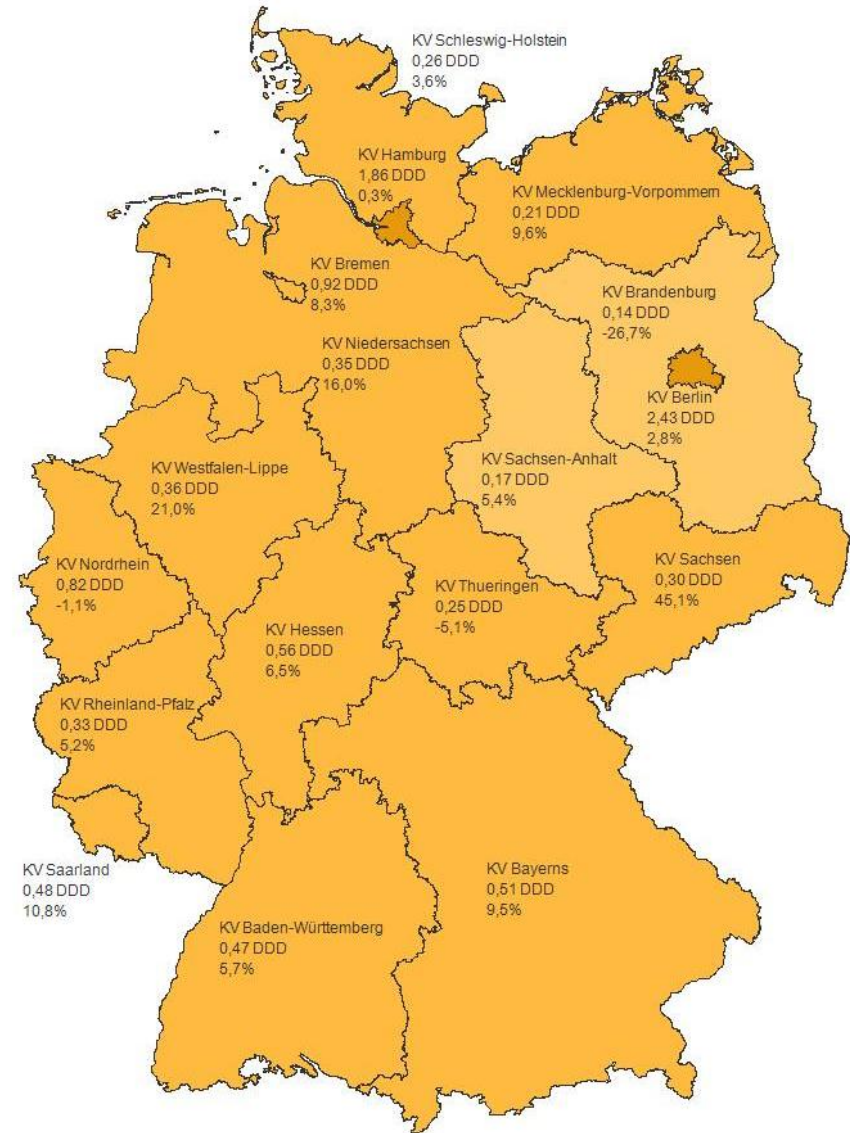


# Beispiel: Antivirale Mittel (J05) (überwiegend HIV)

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



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%)

# Fazit: Regionale Unterschiede

- **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](http://www.iges.de)