

WIP-Information 3/2008

Alles dreht sich in diesen Tagen um den Startbeitrag zum Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenige Tage, bevor die Bundesregierung ihre Absicht, den Startbeitrag auf 15,5 Prozent ab 2009 festzusetzen, bekannt gab, hat das WIP seine Beitragssatzprognose für die GKV vorgenommen (Seite 2). Nach den von uns vorgenommenen Berechnungen müsste der Gesundheitsfonds eigentlich mit 15,8 Beitragspunkten starten. Auch die GKV hatte einen Beitragssatz in der Größenordnung gefordert. Das Ergebnis wird folglich eine mehr als knappe Finanzierung sein. Wir befürchten deshalb, dass die nächste Beitragssatzsteigerung in der GKV auf jeden Fall schneller kommen wird als erwartet. Die Hoffnung der Gesundheitsministerin, dass bis 2010 keine weitere Beitragssatzsteigerung erfolgen wird, können wir jedenfalls aus unseren Zahlen in keinen Fall ableiten.

Inhalt

Neues aus dem WIP

Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen
Krankenversicherung S. 2

Blick in die gesundheitsökonomische Forschung

Gesundheitsökonomische Evaluation S. 4
Epidemiologie S. 4
Gesundheitsökonomische Daten S. 6
Distributionseffekte in der Sozialversicherung S. 7

Kurz notiert vom Arzneimittelmarkt S. 8

Neues aus dem WIP

Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, von Frank Niehaus, WIP-Projektpapier, 2008

Das Projektpapier des WIP beschäftigt sich mit der zukünftigen Beitragsentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Beitragssatz ist sowohl für die Gesundheitspolitik als auch für die gesamte Entwicklung Deutschlands von großer Bedeutung. Die Höhe des Beitragssatzes beeinflusst die Lohnnebenkosten, die sich unter anderem auf die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft auswirken und indirekt auf den Umfang der Arbeitslosigkeit.

Für die private Krankenversicherung (PKV) als Wettbewerber der GKV stellt der Beitragssatz ebenfalls eine wichtige Größe dar. So drückt er den Preis des Versicherungsschutzes in der GKV aus, an dem sich auch der Preis des Versicherungsschutzes in der PKV messen lassen muss. Darüber hinaus beeinflusst er die Preisbildung in der PKV direkt, indem er unter anderem Grundlage für die Berechnung des Basistarifes ist. Hier bestimmt die zukünftige Höhe des Höchstbeitrags in der GKV die für den Basistarif maximal zu erhebende Versicherungsprämie.

Mit Hilfe eines Prognosemodells wird die Beitragsentwicklung bis 2050 geschätzt. In das Modell fließt die Bevölkerungsvorberechnung des Statistischen Bundesamtes ein, aus der die zukünftige Versichertenstruktur berechnet wird. Aus Vergangenheitswerten werden die Gesundheitsausgaben- und die beitragspflichtige Einkommensentwicklung abgeleitet.

Eine Hauptdeterminante der Beitragssatzentwicklung ist der demographische Wandel. Dieser macht sich in der GKV sowohl bei den Ausgaben – durch zunehmende Gesundheitsleistungen im Alter – als auch bei den Einnahmen – durch im Schnitt geringere Beitragszahlungen von Rentnern als von Mitgliedern – bemerkbar. Zusätzlich wirkt er durch den Nachhaltigkeitsfaktor senkend auf die Renten und vergrößert damit den Effekt auf der Einnahmenseite. Der sich hieraus ergebende reine Demographieeffekt macht bis 2050 ca. 4 bis 5 Beitragssatzpunkte aus. Dies sind höhere Wer-

te als in älteren Prognosen. Die Ursachen für die Abweichungen sind darin zu finden, dass sich im Laufe der Zeit die Ausgabenprofile in Abhängigkeit des Lebensalters versteilert haben. Die Ausgaben für Ältere sind absolut stärker gestiegen als diejenigen für Jüngere. Damit verstärkt sich der Demographieeffekt auf der Ausgabenseite mit den Jahren. Zusätzlich wird die Wirkung der Rentenformel mit berücksichtigt, die für in etwa einen zusätzlichen Beitragssatzpunkt verantwortlich ist.

Weiter entscheidend für den zukünftigen Beitragssatzverlauf ist das Verhältnis der Veränderung zweier Größen: Erstens die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und zweitens die Veränderung der Gesundheitsausgaben je Lebensalter der Versicherten. Je weiter das Wachstum der Ausgaben über dem der beitragspflichtigen Einnahmen liegt, desto dramatischer steigt der Beitragssatz durch den wirkenden Zinseszinseneffekt und den sich verstärkenden Demographieeffekt. Beispielsweise würde die Fortschreibung der Entwicklung von 2006 zu 2007 mit einem weit über der Steigerung der beitragspflichtigen Einkommen von 0,7 % liegenden Zuwachses der Ausgaben (im Aggregat 3,7 %) einen dramatischen Beitragssatz von 45,5 % im Jahr 2050 bedeuten.

Nun wird sich die Entwicklung von 2006 zu 2007 nicht immer so fortsetzen, da die Politik, wie in der Vergangenheit, beitragsenkend eingreifen wird. Legt man für die Prognose einen längeren Zeitraum aus der Vergangenheit zu Grunde, um die durchschnittliche Entwicklung der GKV zu erfassen und diese in die Zukunft fortzuschreiben, erhält man realistischere Aussagen. Berücksichtigt man noch die möglichen Auswirkungen der geplanten Veränderungen in naher Zukunft, kommt man zu einer Beitragsprognose, die hier in drei möglichen Szenarien dargestellt wird.

Die drei Szenarien unterscheiden sich hauptsächlich darin, welche Entwicklung die GKV bis zur Einführung des Gesundheitsfonds 2009 nimmt. Zum Zeitpunkt der Prognose stand der Startbeitrag zum Fonds noch nicht fest. Szenario A geht davon aus, dass nach 2007 sofort zu dem langjährigen Ausgabentrend zurückge-

kehrt wird. So würde der Startbeitrag zum Fonds nicht stark über dem heutigen Niveau liegen und damit deutlich unter dem inzwischen absehbaren Beitragssatz von 15,5 % im Jahr 2009. In Szenario B wird davon ausgegangen, dass sich die Entwicklung eines starken Ausgabenanstiegs, wie 2006 zu 2007, auch bis zum Start des Fonds fortsetzt, so dass der zum ersten Mal von der Politik festgesetzte Beitrag bei 15,4 % liegen müsste und damit in etwa dort, wo er sich jetzt abzeichnet. Berücksichtigt man zudem die zusätzlichen Ausgaben für die Honorarverbesserung der Ärzte und die höhere Krankenhausvergütung, dürfte der Startbeitrag aber eigentlich nicht unter 15,8 % liegen (Szenario C).

Würde die GKV nach Fondseinführung ihrem langjährigen Trend folgen und würde der Bundeszuschuss wie geplant - anwachsend auf 16 Mrd. € im Jahr 2016 - gezahlt, stiege der Beitragssatz bis 2050 je nach Szenario auf 24

bis 25,3 %. Voraussetzung für diese Entwicklung ist, dass die Gesundheitspolitik in gleichem Maße wie in der Vergangenheit in der Zukunft kostendämpfend in die GKV eingreift. Damit sind diese Szenarien als durchaus optimistisch anzusehen.

Die Ergebnisse der aktuellen Prognoserechnung zeigen, dass die neuesten Regelungen – hier insbesondere das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) und die Teile des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG), die schon umgesetzt sind, – die Beitragssatzdynamik zur Krankenversicherung nicht entscheidend dämpfen. Damit wird die Finanzierung der GKV weiter auf der politischen Agenda stehen.

Die Studie ist zu finden unter: http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Prognosemodell_2008.pdf

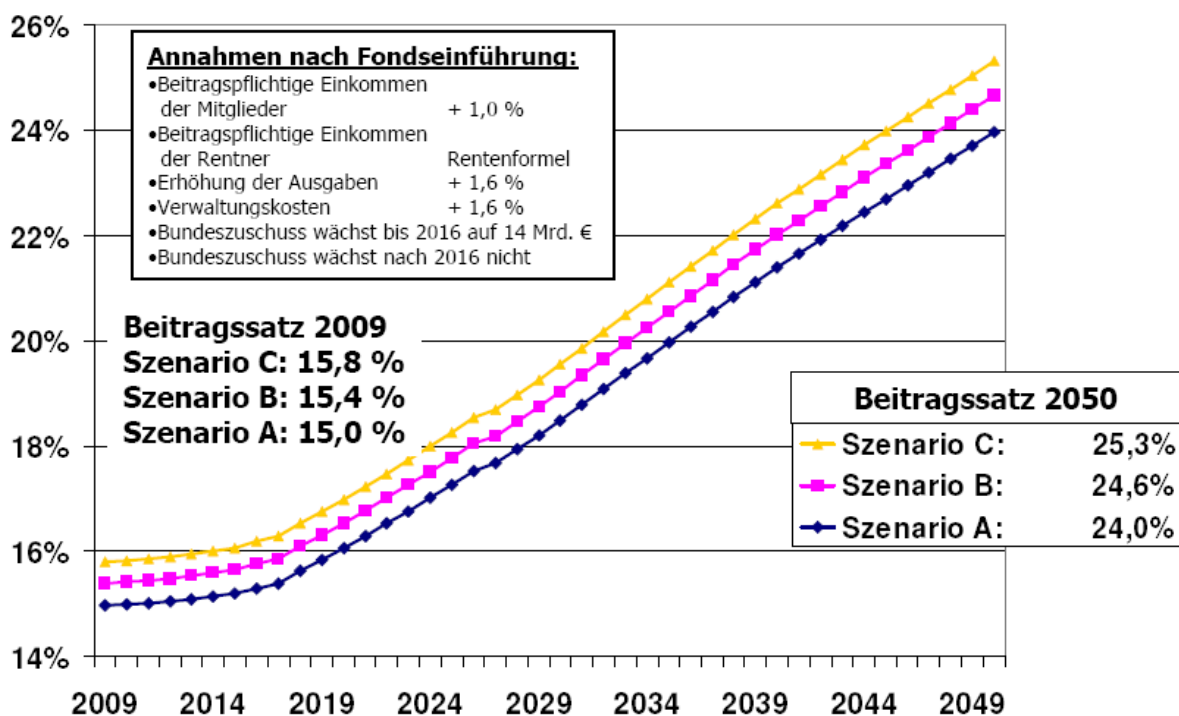


Abbildung: Szenarien der Beitragssatzentwicklung 2009 bis 2050

Blick in die gesundheitsökonomische Forschung

Gesundheitsökonomische Evaluation

Kosten-Nutzen-Bewertungen von onkologischen Therapien, Gutachten für die Deutsche Krebsgesellschaft e.V., von Pamela Aidelsburger und Jürgen Wasem, Juli 2008

In dem Gutachten diskutieren Aidelsburger und Wasem die Durchführbarkeit und die Besonderheiten von Kosten-Nutzen-Bewertungen bei medikamentösen Therapien im onkologischen Bereich. Kosten-Nutzen-Bewertungen werden in Deutschland vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Rahmen einer Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durchgeführt und sollen in Zukunft verstärkt Einfluss darauf nehmen, welche Therapien von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden.

Aidelsburger und Wasem zeigen umfassend Aspekte und Probleme auf, die im Zusammenhang mit der Durchführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen allgemein und speziell in der medikamentösen onkologischen Therapie auftreten können. Durch die Schwere der Erkrankung, die zum Tod führen kann und aus ethischen Gründen, müssen bei der Umsetzung von Evaluationsstudien oftmals Einschränkungen im Studiendesign klinischer Studien gemacht werden, die zu Verzerrungen der Ergebnisse führen und damit Einfluss auf die Kosten-Nutzen-Bewertung haben können. Neben diesen eher methodischen Problemen wurde durch das Bundesverfassungsgericht prinzipiell die Frage aufgeworfen, ob Therapien von schweren und zum Tod führenden Erkrankungen überhaupt einer Kosten-Nutzen-Bewertung unterzogen werden sollten. Ethische und verfassungsrechtliche Gründe sprechen dafür, dass in schweren Krankheitsfällen sowohl die absolute Höhe des Nutzens als auch die Wirtschaftlichkeit medizinischer Maßnahmen für die Erstattung der Kosten durch die Versicherungsgemeinschaft nicht in allen Fällen relevant sein müssen.

Trotz dieser Schwierigkeiten sind die Autoren der Meinung, dass die Kosten-Nutzen-Bewertung grundsätzlich ein sinnvoller Umgang mit der Knappheit der Ressourcen im Gesundheitswesen und so auch in der medikamentösen onkologischen Therapie ist. Sie sehen daher keinen Grund Evaluationsverfahren bei onkologischen Therapien aufzugeben, sondern der Weg einer Bewertung sollte unter Berücksichtigung der Besonderheiten onkologischer Therapien weiter gegangen werden.

Epidemiologie

Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study, by Anne Kirkeby Hansen, Kirsten Wisborg, Niels Ulbjerg, Tine Brink, BMJ 2008; 336; 85-87

Eine mehrjährige Studie (1998-2006) der Universitätsklinik Aarhus in Dänemark zeigte, dass bei Neugeborenen, die mit einem freiwilligen Kaiserschnitt (medizinisch nicht indiziert) auf die Welt kommen, oftmals allgemeine bis ernstere Atemnassungsstörungen auftreten. Grund für das erhöhte Risiko Atmungsprobleme zu bekommen, liegt in der mangelnden Kortisonausschüttung bei Kaiserschnittskindern, die sich unter dem Geburtsstress bei natürlich geborenen Kindern automatisch einstellt und zur Funktionstüchtigkeit der Atmungstätigkeit beiträgt. Neu an dieser Studie ist die Erkenntnis, dass die Schwangerschaftswoche des freiwilligen Kaiserschnitts für das Risiko Atmungsprobleme zu bekommen, relevant ist. Verglichen mit auf natürlichem Weg Geborenen, haben die mit einem freiwilligen Kaiserschnitt in der 37. Schwangerschaftswoche geborenen Kinder ein fast vierfaches erhöhtes Risiko Atmungsprobleme zu bekommen. Ein dreifach erhöhtes Risiko haben Kaiserschnitt-Kinder, die in der 38. Woche geboren werden und ein noch immer doppelt so hohes Risiko besteht für Kaiserschnittgeburten in der 39. Woche. Eine Reduktion der Atemnassungsstörungen könnte also schon erreicht werden, wenn der freiwillige Kaiserschnitt auf die Zeit nach Beendigung der 39. Schwangerschaftswoche verschoben wird.

Weitere Information:

Eine Analyse der deutschen BKK ergab für Deutschland, dass rund 30 % aller Neugeborenen per Kaiserschnitt geholt werden, dabei gibt es regional erhebliche Unterschiede (Rheinland-Pfalz mit der höchsten Quote von 39 % und Sachsen mit der niedrigsten von 20). Dies bedeutet allerdings nicht, dass dies Ausdruck für eine erhöhte Anzahl von „Wunschkaiserschnitten“ ist, im Gegenteil: wie vor zwei Jahren die *GEK-Kaiserschnittstudie von Lutz/Kolip, Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen;* (veröffentlicht am 26. April 2006) feststellte, äußern nur wenige Schwangere den Wunsch (zwischen 3,7 % und 14,7 %) nach einem Kaiserschnitt.

In einer aktuellen australischen Studie *CE Turner u.a.: Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians (BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, Published Online:26 Aug 2008)* ist sogar festgestellt worden, dass Erstgebärende oftmals höhere Risiken einer natürlichen Geburt in Kauf nehmen als ihre medizinischen Begleiter, die Ärzte und Hebammen, bevor sie sich zu einem Kaiserschnitt entschließen. Wahrscheinlich wissen Ärzte und Hebammen aus eigenen Erlebnissen um die Probleme, die bei einer natürlichen Geburt unter bestimmten vorherigen medizinischen Risiken auftreten können und raten daher aus Fürsorge den Frauen zu einem Kaiserschnitt.

Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability, by Kaare Christensen, Matt McGue, Inge Petersen, Bernard Jeune and James W. Vaupel, PNAS Early Edition, online www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0804931105

Mit der Studie sollte ergründet werden, wie sich die Pflegewahrscheinlichkeit für sehr alte Menschen entwickelt. Hierzu wurden in Dänemark, wo die Studie durchgeführt wurde, Personen des Geburtsjahrganges 1905 in den Jahren 1998, 2000, 2003 und 2005 zu ihrem Gesundheitszustand befragt. Von den ca. 3.600 Personen des Jahrgangs 1905, die im Jahr 1998 noch lebten, haben 2.262 an der ersten Befragung teilgenommen. Im Jahr 2005 waren schließlich noch 166 Hundertjährige befragungsbereit. Der Anteil der Pflegebedürftigen betrug 1998 61 %, erhöhte sich auf 64 % im Jahr 2000 und auf 68 % im Jahr 2003 bei den dann 98-Jährigen und sank dann bei den 100-Jährigen wieder leicht auf 67 %. Dass der Anteil der Pflegebedürftigen nicht stärker steigt - was die Autoren wohl als Ausgangsthese vermuteten -, wird darauf zurückgeführt, dass die Pflegebedürftigen eine hohe Sterblichkeit aufweisen. Die Studie zieht das Fazit, dass langes Leben für den Einzelnen ein steigendes Risiko pflegebedürftig zu werden mit sich bringt, gleichzeitig aber für die Gesellschaft die Sterblichkeitsreduktion zu keinem außergewöhnlichen Niveau an Pflegebedürftigkeit bei den Hochbetagten führt.

WIP-Kommentar: „Aha: Die Überlebenden sind überraschend gesund und die anderen kann man nicht mehr fragen“. Diesem Kommentar aus einem Internet-Forum kann man sich nur anschließen. Die Studie will – vor allem in ihrer Wiedergabe in den Medien – den Eindruck erwecken, eine Alterung der Bevölkerung führe nicht zu höheren Kosten im Pflegebereich. Zur Beantwortung dieser Frage kann die Studie aber aus mehreren Gründen - wie auch teilweise in der Studie eingeräumt - überhaupt nichts beitragen. Es wird lediglich ein Jahrgang befragt, der nur zum Teil antwortet und schon am Anfang der Untersuchung im Alter von 92 Jahren zu fast zwei Drittel pflegebedürftig war. Diese Quote hat sich mit dem Älterwerden schließlich noch erhöht. Über eine Entwicklung in nachfolgenden Kohorten, die für eine gesamtgesellschaftliche Prognose benötigt würde, sagt diese Beobachtung nichts aus. Zudem bedeutet die Alterung der Gesellschaft einen zunehmenden Anteil an sehr alten Menschen. Sind von denen, die antworten können und wollen, schon zwei Drittel pflegebedürftig, führt diese Tatsache sehr wohl zu stark steigenden Pflegeausgaben.

Gesundheitsökonomische Daten

Analyse der aktuellen HIV-Zahlen, Projekt im Auftrag der Deutschen AIDS-Stiftung, von Natalie Pomorin und Jürgen Wasem, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaft Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Nr. 169, Juli 2008

Seit längerem wird verwundert zur Kenntnis genommen, dass die von den PKVen registrierten HIV-Fälle ca. 30 % aller an das RKI (Robert Koch Institut) gemeldeten HIV-Erstdiagnosen ausmachen. Gleichzeitig liegt aber der Anteil der HIV-Erkrankten Versicherten der PKV bei ca. 10 % der von dem RKI geschätzten HIV-Prävalenz. Weiterhin waren die vom RKI geschätzten Daten zur HIV-Inzidenz und zur HIV-Prävalenz im Jahr 2005 um 20 % nach oben korrigiert worden. Frage der vorliegenden Studie war, wie verlässlich diese Daten sind und ob es eine Erklärung für die Abweichungen gibt. Auf Seiten der PKV wurde die Erhebungssituation für PKV-HIV-Versicherte nachvollzogen, indem die Autoren selbst von sechs Verbandsunternehmen die Anzahl der in diesen Unternehmen HIV-Versicherten für eine eigene Zählung und Auswertung erhielten. Beim RKI wurde auf der Basis eines intensiven Dialogs mit Mitarbeitern und anhand der aktuellen RKI-Publikation „Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland“ und der epidemiologischen RKI-Halbjahresberichte versucht, die Datenschätzung des RKI nachzuvollziehen.

Die Zusammenarbeit mit beiden Institutionen machte bezüglich der Einschätzung der Daten Folgendes deutlich: Prinzipiell gibt es bei HIV-Erkrankten eine Latenzzeit zwischen dem Zeitpunkt der Infektion und dem Zeitpunkt der Ersterfassung als HIV-Fall. Weiterhin erfolgt die Erfassung eines HIV-Infizierten in der PKV und dem RKI nicht zeitgleich, tendenziell werden Erkrankte bei der PKV in einem fortgeschritteneren Stadium der Erkrankung, nämlich erst zum Zeitpunkt der ersten Leistungsanspruchnahme erfasst. Hingegen werden HIV-Erkrankte beim RKI aufgrund der „gesicherten“ HIV-Erstdiagnosen durch die Labore registriert. Ein Vergleich der Daten von PKV und RKI wäre somit nur zeitversetzt möglich. Weiterhin ergaben sich bei der Art und Weise der Erhebung der HIV-Fälle in der PKV erhebliche Identifizierungsprobleme, da die Erfassung prinzipiell auf Basis expliziter HIV-Diagnosen und/oder einer HIV-Infektion unverwechselbar zuordenbaren Arzneimittel erfolgt. Es existieren aber keine detaillierten Erfassungsvorgaben für die Unternehmen. Weitere mögliche Fehlerquellen liegen in der Datenaufbereitung und -verwaltung bei den Unternehmen sowie bei der Datenübertragung an den Verband der PKV, der die Gesamtzahlen ermittelt. Das RKI auf der anderen Seite schätzt die Anzahl der HIV-Infizierten auf der Grundlage der „gesicherten“ HIV-Erstdiagnosen, die von den Laboren gemeldet werden. Neben der fraglichen Vollständigkeit der gemeldeten HIV-Fälle mangelt es der Schätzung des RKI an Transparenz, vor allem bei der Festlegung der Korrekturfaktoren. Es lässt sich festhalten, dass eine Gegenüberstellung der Zahlen - aufgrund der oben genannten Probleme - weder im Hinblick auf die HIV-Prävalenz noch auf die HIV-Inzidenz zu einem Datum verlässlich gewährleistet werden kann. Vermutet wird von den Autoren, dass eine Ursache für den größeren Anteil der HIV-Erkrankten in der PKV durch den größeren Anteil von Männern in der PKV vor dem Hintergrund der großen HIV-Gruppe homosexueller Männer erklärt werden könnte, allerdings kann eine solche Vermutung nur mit individuellen Versichertendaten belegt werden, die aber aus datenschutzrechtlichen Gründen den Autoren nicht zur Verfügung stehen.

Distributionseffekte in der Sozialversicherung

Verteilungseffekte von Sozialversicherungsreformen von Nicole Horschel und Jochen Pimpert, IW Trends 4/2008

Auf der Grundlage einer Mikrosimulation mit Daten aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2003 des Statistischen Bundesamtes wurde für das Jahr 2006 berechnet, wie sich die Belastung mit Sozialversicherungsbeiträgen für die Haushalte - eingeteilt nach Einkommenshöhe in zehn Dezile - unter den jetzigen Regelungen darstellt und wie sie sich bei unterschiedlichen Reformen darstellen würde. Im Status Quo zeigt sich, dass trotz einer degressiven Beitragsbelastung sowohl in der Kranken- und Pflegeversicherung als auch in der Arbeitslosen- und Rentenversicherung die Haushalte in den oberen drei Dezilen zusammen einen Anteil von 51,3 % des gesamten Beitragsaufkommens tra-

gen, die unteren drei Dezile hingegen tragen zusammen nur 10,2 %. Die Einführung einer einheitlichen Beitragsbemessungsgrenze für alle Sozialversicherungszweige von 5.250 Euro pro Monat - unter Beibehaltung der aktuellen Beitragssätze (Reformoption 1) - würde die relative Belastung der einzelnen Einkommensgruppen (Dezile) nur geringfügig verändern – einem höheren Anteil von 0,9 % im obersten Dezil steht nur eine geringfügige Änderung der Anteile in den mittleren Einkommensgruppen gegenüber. Würde man eine Erwerbstätigenversicherung (ähnlich einer Bürgerversicherung), die alle Erwerbstätigen also auch Beamte und Selbständige mit in die Versicherungspflicht einbezieht (Reformoption 2), oder eine Kombination der Erwerbstätigenversicherung mit einer einheitlichen Beitragsbemessungsgrenze (Reformoption 3) als Szenarien zugrunde legen, so zeigt die Mikrosimulation, dass unter beiden Reformen der Anteil des Beitragsaufkommens, den die oberen beiden Dezile beitragen, steigt, dafür der Anteil in den mittleren Einkommensgruppen sinkt.

Die Autoren dieser Studie weisen aber darauf hin, dass diese Umverteilungseffekte, die die höheren Einkommensgruppen mehr belasten würden, nicht isoliert gesehen werden dürfen. Demgegenüber steht, dass alle Reformmaßnahmen auch alloкатive Wirkungen haben, die den Umverteilungseffekten entgegen stehen. Fraglich ist beispielsweise, wie sich die Haushalte in den oberen Einkommenschichten, wo eine weit höhere Erwerbsbeteiligung zu finden ist als in den unteren Dezilen, unter unterschiedlichen Reformmaßnahmen verhalten würden – möglich ist, dass sie ihr Arbeitsangebot aufgrund der weiteren Beitragsbelastung einschränken, was den fiskalischen Effekt abschwächen würde. Insbesondere auch den positiven Effekt einer Entlastung der Sozialversicherungssysteme durch Mehreinnahmen muss man einschränken, da gerade durch die Erwerbstätigenversicherung neue Personenkreise in die Sozialversicherung aufgenommen würden, die dann auch Ansprüche aufbauen; die kurzfristige Entlastung wäre somit nicht nachhaltig. Die Abschaffung des kapitalgedeckten Versicherungssystems in der PKV würde außerdem bedeuten, dass bestehende Fehlanreize, wie sie derzeit in den staatlichen Versicherungssystemen anzutreffen sind, auf weitere Bevölkerungsgruppen ausgedehnt würden.

WIP-Kommentar: Die WIP-Studie „Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung“ (http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/wip-wi.pdf) ergab, dass die Überführung von Beamten in die GKV dort kurzfristig nur eine sehr geringe Beitragsenkung ermöglichen würde. Das höhere Durchschnittsalter und die höhere Lebenserwartung der Beamten würden sie mittel- bis langfristig sogar zu einem schlechten Risiko für die GKV machen.

IMPRESSUM

Herausgeber:
WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV)
des Verbands der privaten
Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 40
50968 Köln

Telefon: 0221-9987-1652
Telefax: 0221-9987-3962
Internet: <http://www.wip-pkv.de>
E-Mail: wip@pkv.de

V.i.S.d.P. Christian Weber
Redaktion: Dr. Kornelia van der Beek

Abonnieren Sie hier [WIP-Information](#)

www.wip-pkv.de

Kurz notiert vom Arzneimittelmarkt

Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2008

Im Jahr 2008 läuft auf dem Arzneimittelmarkt der Patentschutz bei 18 Wirkstoffen aus. Für diese Wirkstoffe können damit erstmals Nachahmerpräparate (Generika) auf den Markt gebracht werden. In Abhängigkeit davon, wie viele Generikahersteller ein entsprechendes Präparat auf den Markt bringen und wie sich die Produzenten der Originale verhalten, sind Preissenkungen für die Wirkstoffe zu erwarten. Größere Ersparnisse sind zudem durch Umstellungen vom Original zu einem Generikum möglich. Das WIP hat auf der Grundlage von Arzneimitteldaten von sieben PKV-Unternehmen, bei denen fast die Hälfte aller Privatversicherten versichert sind, die Umsatz- und Verordnungsanteile der betreffenden Wirkstoffe ermittelt. Der bezüglich seines Umsatzes wichtigste Wirkstoff ist hierbei das Antidepressivum Venlafaxin.

Wirkstoff	Original	Umsatzanteil	Verordnungsanteil	Ø Preis der Vo.
Venlafaxin	TREVILOR	0,56%	0,14%	158 €
Bicalutamid	CASODEX	0,39%	0,03%	564 €
Interferon beta-1b	BETAFERON	0,21%	0,01%	1.392 €
Fluvastatin	LOCOL, CRANOC	0,16%	0,12%	56 €
Dorzolamid	TRUSOPT	0,06%	0,04%	59 €
Lenograstim	GRANOCYTE	0,05%	0,00%	516 €
Fondaparinux	ARIXTRA	0,04%	0,02%	101 €
Manidipin	MANYPER	0,01%	0,01%	59 €
Famciclovir	FAMVIR	0,01%	<0,01%	167 €
Interferon alfacon-1	INFERAX	<0,01%	<0,01%	441 €
Imidapril	TANADRIL	<0,01%	<0,01%	25 €

Tabelle 1: Umsatz- und Verordnungsanteil in der PKV im Jahr 2007 von Wirkstoffen, deren Patentschutz im Jahr 2008 abläuft (Quelle: WIP 2008)

Die umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoffe in der PKV

Mit Hilfe der dem WIP vorliegenden Arzneimitteldaten konnte zudem ermittelt werden, auf welche patentfreien Wirkstoffe die größten Umsätze entfallen. Berechnet wurden für diese Substanzen jeweils auch die Generikaquoten. Auf einer entsprechenden Rangliste finden wir Ginkgo biloba, Diclofenac und Metoprolol auf den vorderen Plätzen. Die Generikaquote (nach Umsatz) liegt bei der Mehrzahl der aufgeführten Wirkstoffe auf einem als niedrig einzuschätzenden Niveau. Die geringsten Generikaquoten weisen mit Fentanyl und Tamsulosin zwei Wirkstoffe auf, die erst in den letzten zwei Jahren ihren Patentschutz verloren.

Wirkstoff	Original	Umsatzanteil	Verordnungsanteil	Ø Preis der Vo.	Generikaquote
Ginkgo biloba	TEBONIN	1,07%	0,68%	62 €	23%
Diclofenac	VOLTAREN	0,84%	2,42%	14 €	25%
Metoprolol	BELOC	0,75%	1,19%	25 €	14%
Amlodipin	NORVASC	0,53%	0,56%	37 €	19%
Omeprazol	ANTRA	0,53%	0,46%	45 €	71%
Simvastatin	ZOCOR	0,50%	0,57%	34 €	61%
Fentanyl	DUROGESIC, ACTIQ	0,44%	0,12%	145 €	2%
Formoterol	FORADIL, OXIS	0,39%	0,18%	84 €	16%
Tamsulosin	ALNA, OMNIC	0,37%	0,16%	91 €	16%
Bisoprolol	CONCOR	0,36%	0,75%	19 €	28%

Tabelle 2: Umsatz- und Verordnungsanteil sowie Generikaquote (nach Umsatz) in der PKV im Jahr 2007 der umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoffe (Quelle: WIP 2008)