

# **Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben**

*Dr. Frank Wild*

**WIP-Diskussionspapier 4/2011**  
Juni 2011

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Hintergrund .....</b>	<b>4</b>
2.1 <i>Preiskomponente</i> .....	4
2.2 <i>Strukturkomponente</i> .....	6
<b>3. Bedeutung von Rabatten und gesetzlichen Abschlägen .....</b>	<b>8</b>
3.1 <i>Apothekenrabatt</i> .....	8
3.2 <i>Herstellerrabatt</i> .....	9
3.3 <i>Rabattverträge</i> .....	10
<b>4. Arzneimittelausgaben pro Verordnung im Jahr 2009.....</b>	<b>12</b>
4.1 <i>Datenmaterial</i> .....	12
4.2 <i>Vergleich unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rabatte</i> .....	12
4.3 <i>Preiskomponente</i> .....	14
4.4 <i>Strukturkomponente</i> .....	15
<b>5. Prognose für das Jahr 2011 .....</b>	<b>17</b>
<b>6. Vergleich von Szenarien vor und nach dem AMNOG .....</b>	<b>20</b>
<b>7. Zusammenfassung .....</b>	<b>22</b>
<b>8. Literatur .....</b>	<b>23</b>

# 1. Einleitung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kann mit Hilfe von gesetzlich festgelegten Rabatten, die ihnen pharmazeutische Hersteller nach § 130a Sozialgesetzbuch V (SGB V) und Apotheken nach § 130 SGB V gewähren müssen, im Arzneimittelbereich jährlich Einsparungen im dreistelligen Millionenbereich erzielen.<sup>1</sup> Durch das Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) hat der Gesetzgeber zum Januar 2011 erstmals auch den PKV-Unternehmen das Recht eingeräumt, einen Herstellerrabatt bei den Pharmaunternehmen einzufordern. Damit gelten die Regelungen des § 130a SGB V jetzt für PKV und GKV gleichermaßen. Der Apothekenrabatt nach § 130 SGB V bleibt jedoch nach wie vor der GKV vorbehalten.

Die vorliegende Analyse untersucht in einem ersten Schritt die Situation vor dem Inkrafttreten des AMRabG. In einem zweiten Schritt wird dann die Bedeutung der Neuregelungen zum Jahr 2011 abgeschätzt. Hierbei wird auch eine Prognose des zu erwartenden Rabattvolumens in der GKV und in der PKV für das Jahr 2011 vorgenommen. Es wird zudem verdeutlicht, welche Preisdifferenz zwischen PKV und GKV ohne AMRabG entstanden wäre.

---

<sup>1</sup> Vgl. Schwabe, Paffrath (2010).

## **2. Hintergrund**

Grundsätzlich ist der Apothekenverkaufspreis (AVP) eines Medikaments unabhängig vom Versichertenstatus und somit für alle Patienten gleich. Der Grundgedanke der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) ist, dass ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel in jeder Apotheke zum gleichen Preis abgegeben wird. Gesetzliche Regelungen und Rabattverträge sorgen allerdings dafür, dass der für die Krankenkasse bzw. die private Krankenversicherung maßgebliche ausgabenwirksame Preis für ein identisches Medikament unterschiedlich ausfällt. Da gesetzliche Abschläge und Rabattverträge bei Kassenpatienten eine größere Bedeutung als bei PKV-Versicherten einnehmen, muss davon ausgegangen werden, dass der maßgebliche Preis für GKV-Versicherte in der Regel niedriger ist als für Privatversicherte. Diese Preiskomponente hat einen wesentlichen Einfluss auf die Arzneimittelausgaben. Darüber hinaus werden die Arzneimittelausgaben von PKV und GKV auch durch eine jeweils andersartige Verordnungs- und Erstattungspraxis beeinflusst. Diese Strukturkomponente ergibt sich vor allem aus systembedingten Unterschieden. Zudem können die Verordnungsprofile von PKV und GKV auch aufgrund andersartiger Versichertenstruktur, vor allem bezüglich Alter und Geschlecht, differieren. Im Folgenden werden die Preis- und die Strukturkomponente näher vorgestellt, wobei der Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung auf der Preiskomponente liegt.

### **2.1 Preiskomponente**

Die Regeln der Preisbildung von Arzneimitteln unterscheiden zwischen verschreibungspflichtigen und nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten. Nicht-verschreibungspflichtige Medikamente unterliegen keiner Regulierung, der Verkäufer kann den Preis in Anlehnung an eine unverbindliche Preisempfehlung des Herstellers selbst festsetzen. Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten bestimmt der Hersteller den Herstellerabgabepreis. Darauf aufbauend greifen dann aber weitreichende Regulierungsvorschriften der AMPreisV und des SGB V. Die AMPreisV sieht einen Apothekenzuschlag und einen Großhandelszuschlag auf den Herstellerabgabepreis vor. Diese Zuschläge sind als gesetzlich sanktionierte Erträge der Apotheken und des Großhandels zu sehen. Durch den Aufschlag der Mehrwertsteuer von 19 % bildet sich dann der AVP. Dieser AVP wird je nach Kostenträger und Medikament durch gesetzliche Regelungen vermindert. Vor dem Inkrafttreten des AMRabG setzte sich der Arzneimittelpreis für PKV und GKV bei einem patentgeschützten Medikament ohne Festbetrag beispielhaft wie in der folgenden Darstellung gezeigt zusammen. Selbstbehalte in der PKV sowie die Zuzahlungen in der GKV bleiben jeweils außen vor:

**Preisfestsetzung bei einem fiktiven verschreibungspflichtigen Medikament bis Juli 2010<sup>2</sup>:**

Herstellerabgabepreis (HAP):	100,00 €
Großhandelszuschlag (in diesem Fall 6 %)	+ 6,00 €
Apothekenzuschlag (3 % auf HAP und Großhandelszuschlag)	+ 3,18 €
Apothekenzuschlag, konstant	+ 8,10 €
Mehrwertsteuer (19 %)	+ 22,28 €
<b>Apothekenverkaufspreis (AVP) (= Preis für die PKV)</b>	<b>= 139,56 €</b>
Apothekenrabatt	- 1,75 €
Herstellerrabatt (bei patentgeschützten Arzneien ohne Festbetrag 6 %)	- 6,00 €
<b>Preis für die GKV</b>	<b>= 131,81 €</b>

Für die PKV war bis 2010 der AVP der maßgebliche Preis für ein Arzneimittel. Bei der Abrechnung zu Lasten der GKV wurde der AVP um einen Apothekenrabatt (§ 130 SGB V) und den Herstellerrabatt (§ 130a SGB V) reduziert. Darüber hinaus mindern gesetzlich festgelegte Zuzahlungen in der GKV die Ausgaben. Für Medikamente, die in einer Festbetragsgruppe eingeordnet wurden, erhält die GKV keinen Herstellerrabatt. Hier gilt der Festbetrag als Erstattungshöchstbetrag in der GKV. Typischerweise liegt in diesem Fall der AVP auf der Höhe des Festbetrages. Der PKV- und der GKV-Preis unterscheiden sich dann nur aufgrund des Apothekenrabatts und der Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten. Liegt der AVP über dem Festbetrag, muss ein gesetzlich Versicherter die Differenz selbst zahlen (sogenannte Aufzahlung), während die PKV-Unternehmen auch dann die Kosten des Medikamentes in voller Höhe übernehmen. Über die beispielhafte Darstellung hinaus kann eine weitere Reduzierung der Arzneimittelausgaben sowohl bei der PKV als auch bei der GKV durch individuelle Rabattverträge mit den pharmazeutischen Herstellern erreicht werden. In der PKV kann eine Reduzierung der Leistungsausgaben zudem durch Selbstbeteiligungen erfolgen. Entsprechende Regelungen sind tarifabhängig.

Im Jahr 2011 stellt sich die Preisfestsetzung eines verschreibungspflichtigen Medikamentes wie in der folgenden Auflistung dar. Beispielhaft wurde auch hier ein fiktives patentgeschütztes Arzneimittel, für das kein Festbetrag gilt, betrachtet. Auch hier sind Selbstbehalte und Zuzahlungen nicht berücksichtigt.

---

<sup>2</sup> Ab August 2010 gilt ein höherer Herstellerrabatt zugunsten der GKV.

**Preisfestsetzung bei einem fiktiven verschreibungspflichtigen Medikament im Jahr 2011:**

Herstellerabgabepreis (HAP):	100,00 €
Großhandelszuschlag (3,15 % + Festzuschlag 0,70 €)	+ 3,85 €
Apothekenzuschlag (3 % auf HAP und Großhandelszuschlag)	+ 3,12 €
Apothekenzuschlag, konstant	+ 8,10 €
Mehrwertsteuer (19 %)	+ 21,70 €
Großhandelsabschlag (0,85 % des HAP)	- 0,85 €
<b>Apothekenverkaufspreis (AVP)</b>	<b>= 135,92 €</b>
Herstellerrabatt (bei patentgeschützten Arzneien ohne Festbetrag 16 %)	- 16,00 €
<b>Preis für die PKV</b>	<b>= 119,92 €</b>
Apothekenrabatt	- 2,05 €
<b>Preis für die GKV</b>	<b>= 117,87 €</b>

Die Neuregelungen umfassen einen höheren Hersteller- und Apothekenrabatt und einen geänderten Großhandelszuschlag. Zudem wurde ein Großhandelsabschlag eingeführt, der zu einer Verringerung des AVP führt und von dem damit PKV und GKV gleichermaßen profitieren. Die Regelungen zu Medikamenten, die in einer Festbetragsgruppe eingeordnet wurden, gelten unverändert. Seit Januar 2011 können auch PKV-Unternehmen den Herstellerrabatt einfordern, sofern ihre Versicherten die Arzneimittelrechnung zur Erstattung einreichen. Der Abschlag wird nicht direkt dem Versicherten gutgeschrieben, der das Medikament erhalten hat, sondern fällt bei seinem PKV-Unternehmen als eine Minderung der Arzneimittelausgaben an. Nach § 1 AMRabG dürfen die Einnahmen aus dem Herstellerrabatt vom PKV-Unternehmen ausschließlich zur Vermeidung und Begrenzung von Prämien erhöhungen bzw. zur Prämien ermäßigung bei den Versichertenbeständen verwendet werden. Für Selbstzahler bzw. für Privatversicherte, die ihre Arzneimittelrechnung aufgrund von Selbstbeteiligungs- oder Beitrags rückerstattungsregelungen nicht zur Erstattung bei einem PKV-Unternehmen vorlegen, ist weiterhin der AVP maßgeblich. Hier wird kein Herstellerrabatt gewährt.

## **2.2 Strukturkomponente**

Die Arzneimittelversorgung von PKV- und GKV-Versicherten kann sich zudem aufgrund unterschiedlicher Erstattungsregelungen unterscheiden. Laut den Musterbedingungen der PKV erstattet die PKV alle Medikamente, die medizinisch notwendig sind, sofern es sich um

von der Schulmedizin überwiegend anerkannte Mittel handelt und sie von einem Arzt oder Zahnarzt verordnet werden. Darüber hinaus werden, laut den Musterbedingungen, auch Medikamente aus der „Alternativmedizin“ erstattet, soweit sie sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt haben oder weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.<sup>3</sup> Die PKV-Unternehmen erstatten in der Regel auch die Kosten von verordneten nichtverschreibungspflichtigen Medikamenten sowie von Originalpräparaten, auch wenn hierfür bereits Generika verfügbar sind. Den PKV-Unternehmen steht es allerdings frei, für einzelne Tarife abweichende Regeln zu vereinbaren. Der privatrechtlich abgeschlossene Versicherungsvertrag ist vom Unternehmen nachträglich nicht einseitig kündbar oder veränderbar.

In der GKV haben Versicherte keinen Anspruch auf Arzneimittel, die durch § 34 SGB V oder die Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von der Verordnung ausgeschlossen sind. Der § 34 SGB V betrifft derzeit vor allem nichtverschreibungspflichtige Medikamente (außer bei Kindern und Jugendlichen), Mittel gegen Erkältungen, Medikamente bei Reisekrankheiten, Abführmittel und sogenannte „Lifestyle-Medikamente“. Darüber hinaus sind Apotheken gesetzlich verpflichtet, Kassenpatienten das preisgünstigste Medikament mit gleichem Wirkstoff auszuhändigen, sofern der Arzt derartige nicht explizit ausschließt („Aut-idem-Regel“ nach § 129 SGB V). Dies führt dazu, dass Kassenpatienten bei Wirkstoffen, bei denen es möglich ist, überwiegend Generika erhalten.

---

<sup>3</sup> Vgl. Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009), Stand: 01. Januar 2009.

### **3. Bedeutung von Rabatten und gesetzlichen Abschlägen**

#### **3.1 Apothekenrabatt**

Gesetzlich festgelegte Rabatte gelten als wichtiges Kostendämpfungsinstrument bei den Arzneimittelausgaben der GKV. Eine lange Geschichte besitzt vor allem der Apothekenrabatt zugunsten der GKV. Er wurde bereits 1914 infolge des Inkrafttretens des krankenversicherungsrechtlichen Teils der Reichsversicherungsordnung (RVO) eingeführt. Die Existenz des Apothekenrabatts wird von der aktuellen Rechtsprechung mit dem Gemeinwohl und im speziellen mit der Gemeinwohlaufgabe „finanzielle Stabilität in der GKV“ begründet.<sup>4</sup> Er gilt laut Rechtsprechung weder als verdeckte Sonderabgabe noch als fremdnütziger Sozialversicherungsbeitrag in anderem Gewand, sondern vom Charakter her als Großkundenrabatt bzw. aufgrund der Bindung an eine Frist für den Rechnungseingang als Skonto.<sup>5 6</sup>

Der Apothekenrabatt lag laut der letzten gültigen Fassung der RVO im Jahr 1988 bei 5 % und behielt diese Höhe auch mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches ab 1989. Im Jahr 2002 wurde er infolge des Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetzes (AABG) auf 6 % und im Rahmen des Beitragssatzsicherungsgesetzes (BSSichG) im Jahr 2003 auf 6 bis 10 % (in Abhängigkeit vom Apothekenverkaufspreis) erhöht. Im Jahr 2004 brachte das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) eine Festschreibung auf 2 € (verschreibungspflichtige Medikamente) je Packung bzw. 5 % des AVP (nicht-verschreibungspflichtige Medikamente). Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 wurde für verschreibungspflichtige Medikamente eine Erhöhung auf 2,30 € je Packung verfügt. Für die Jahre 2009 und 2010 galten Rabatte von 1,75 € Zum 1. Januar 2011 erfolgte durch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) eine erneute Erhöhung auf 2,05 € Für die GKV hat sich im Jahr 2009 durch den Apothekenrabatt eine Einsparung von 1,138 Mrd. € ergeben.<sup>7</sup> Dieses vergleichsweise hohe Einsparvolumen ergibt sich daraus, dass die GKV für jedes zu ihren Lasten abgegebene Medikament einen Rabatt erhält. Dies ist insbesondere in Abgrenzung zum Herstellerrabatt zu beachten. Die PKV-Versicherten erhalten den Apothekenrabatt nicht. Eine diesbezügliche Änderung sieht auch das AMRabG nicht vor.

---

<sup>4</sup> Vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 01.09.2005, AZ: B 3 KR 34/04 R.

<sup>5</sup> Vgl. Bundesverfassungsgericht, Kammerbeschluss vom 20.12.1990, AZ: 1 BvR 1418/90, 1 BvR 1442/90.

<sup>6</sup> Vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 01.09.2005, AZ: B 3 KR 34/04 R.

<sup>7</sup> Vgl. Schwabe, Paffrath (2010), S. 956.

**Aktuelle Regelungen zum Apothekenrabatt (nur gültig für die GKV):**

**Nach § 130 SGB V:**

- 2,05 € Apothekenrabatt für verschreibungspflichtige Medikamente

- 5 % Apothekenrabatt auf nicht-verschreibungspflichtige Medikamente

### **3.2 Herstellerrabatt**

Im Gegensatz zum Apothekenrabatt ist der Herstellerrabatt neueren Datums. Er wurde im Jahr 2003 mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) auf 6 % des Herstellerabgabepreises festgesetzt. Er galt nicht für Arzneimittel, die unter eine Festbetrags- bzw. Aut-idem-Regelung fallen. Das GMG brachte eine Erhöhung auf 16 %. Mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wurde der Satz im Jahr 2006 wieder auf 6 % verringert, für generikafähige Wirkstoffe ist seitdem jedoch ein Herstellerrabatt von 10 % verfügt.

Ab August 2010 gilt für verschreibungspflichtige, patentgeschützte Arzneimittel ohne Festbetrag ein Herstellerrabatt von 16 % und für Generika von 10 %.<sup>8</sup> Rabattierfähig sind jetzt auch Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen. Im Rahmen des AMNOG eingeführt wurde in § 130a Abs. 2 SGB V auch ein Herstellerrabatt auf Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Abschlags entspricht hier der Differenz zwischen dem Abgabe- und einem europäischen Durchschnittspreis. Für diesen europäischen Durchschnittspreis werden die maßgeblichen Abgabepreise in vier Mitgliedsstaaten der Europäischen Union mit den am nächsten kommenden Bruttonationaleinkommen herangezogen. Laut § 130a SGB V Abs.2 SGB V muss hierbei nach den jeweiligen Umsätzen und Kaufkraftparitäten gewichtet werden. Damit orientiert sich die gesetzliche Preissteuerung erstmals an dem Arzneimittelpreisniveau in anderen Ländern.

Seit Januar 2011 findet der Herstellerrabatt auch für die PKV Anwendung. Er wird allerdings nur dann gewährt, wenn ein Privatversicherter die Arzneimittelrechnung zur Erstattung bei seinem PKV-Unternehmen oder bei Beihilfeberechtigten dem Beihilfeträger einreicht. Übernimmt er die Kosten selbst, zum Beispiel motiviert durch eine Selbstbeteiligung oder eine erwartete Beitragsrückerstattung, kommt der Herstellerrabatt nicht zum Tragen. Der Herstellerrabatt muss vom PKV-Unternehmen nachträglich eingefordert werden. Zum Einzug der

---

<sup>8</sup> Laut § 130a Abs. 4 SGB V kann ein pharmazeutischer Hersteller auf Antrag und nach Prüfung durch einen vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Sachverständigen vom Herstellerrabatt befreit werden. Ein möglicher Grund für eine Ausnahmeregelung kann zum Beispiel dann vorliegen, wenn durch den erhöhten Herstellerrabatt die finanzielle Leistungsfähigkeit des Unternehmens gefährdet wird.

Arzneimittelrabatte bei den pharmazeutischen Unternehmen wurde die „Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH“ (ZESAR) gegründet.<sup>9</sup> Der Herstellerrabatt in seiner derzeitigen Höhe gilt vorerst bis Ende des Jahres 2013. Im Jahr 2009 konnte die GKV durch den gesetzlichen Herstellerrabatt eine Einsparung von 0,875 Mrd. € erzielen.<sup>10</sup> Dies war eine geringere Einsparung als durch den Apothekenrabatt (1,138 Mrd. €). Es gilt zu berücksichtigen, dass – im Gegensatz zum Apothekenrabatt – auf nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, patentgeschützte Medikamente für die ein Festbetrag gilt und auf Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens um 30 % niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, kein Herstellerrabatt fällig wird.

**Aktuelle Regelungen zum Herstellerrabatt:**

**Nach § 130a SGB V (gültig ab 01.08.2010):**

- 16 % Herstellerrabatt für verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Festbetrag (ausgenommen Generika)
  
- 10 % Herstellerrabatt auf patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel (Generika), ausgenommen Arzneimittel deren Preis 30 % unter dem Festbetrag liegt
  
- Herstellerrabatt auf Impfstoffe in Höhe der Preisdifferenz zu tatsächlich gültigen Abgabepreisen in vier EU-Ländern
  
- Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens um 30 % niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, sind vom Herstellerrabatt ausgeschlossen

**Nach § 1 AMRabG (gültig ab 01.01.2011):**

- Herstellerrabatt nach § 130a SGB V gilt auch für PKV sowie Kostenträger nach beamtenrechtlichen Vorschriften (Beihilfeträger)

### **3.3 Rabattverträge**

Die Möglichkeit, über die gesetzlichen Abschläge hinaus weitere krankenkassenspezifische Rabatte zu erzielen, hat die GKV bereits seit dem Jahr 2003. Eine größere Bedeutung erhielten Rabattverträge jedoch erst zum 1. April 2007 mit dem Inkrafttreten des GKV-WSG. Ab

<sup>9</sup> Gesellschafter sind der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bund und die Länder Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

<sup>10</sup> Vgl. Schwabe, Paffrath (2010), S. 956.

diesem Zeitpunkt waren die Apotheken verpflichtet, die kassenspezifischen Rabattverträge zu berücksichtigen und dem Patienten wirkstoffgleiche, rabattierte Arzneimittel auszuhändigen, sofern der Arzt auf dem Rezept eine Substitution nicht explizit ausgeschlossen hat. Laut der Statistik KJ1 konnte die GKV durch Rabattverträge im Jahr 2009 846 Mio. € Arzneimittel- ausgaben einsparen.<sup>11</sup>

Die PKV-Unternehmen verfügen zwar seit 2007 grundsätzlich ebenfalls über die gesetzlich eingeräumte Option, Rabattverträge mit pharmazeutischen Herstellern abzuschließen und machen davon auch Gebrauch. Die Gesetzeslage lässt jedoch weder individuelle Verträge mit den Ärzten noch eine Substitution durch den Apotheker entsprechend einer Aut-idem-Regel bei Privatversicherten zu. Das erzielte Einsparvolumen für die PKV-Unternehmen aus den Rabattverträgen ist nicht bekannt, es dürfte aber deutlich unter dem von der GKV erzielten liegen.

---

<sup>11</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2010).

## **4. Arzneimittelausgaben pro Verordnung im Jahr 2009**

### **4.1 Datenmaterial**

Die Grundlage für die vorliegende Untersuchung bilden Arzneimittelverordnungsdaten von neun PKV-Unternehmen sowie Daten des Arzneiverordnungs-Reports der GKV. Die PKV-Daten basieren auf den eingereichten Rezeptdaten von 4,9 Millionen Privatversicherten des Jahres 2009.

Im Vergleich zur gesamten PKV sind bei den neun beteiligten Unternehmen anteilig etwas weniger Männer (57,5 % zu 60,4 %) sowie mehr beihilfeberechtigte Personen (59,8 % zu 47,6 %) versichert. Das Durchschnittsalter der Versicherten liegt bei 41,7 Jahren und damit nur 0,1 Jahre unter dem des gesamten PKV-Versichertenkollektives.

Die Umsatz- und Verordnungszahlen der GKV sowie die Höhe der gesetzlichen Abschläge (Apotheken- und Herstellerrabatt) beziehen sich ebenfalls auf das Jahr 2009 und sind dem Kapitel „Ergänzende statistische Übersicht“ des Arzneiverordnungs-Reports entnommen.<sup>12</sup> Die Informationen zu den Einsparungen der GKV aufgrund der Rabattverträge stammen aus der Statistik KJ1 des Bundesministeriums für Gesundheit.<sup>13</sup>

Für die Analyse finden sowohl bei der GKV als auch bei der PKV die Umsätze und Verordnungszahlen für Fertigarzneimittel Verwendung. Somit werden die Verordnungen für Verbandstoffe, Krankenpflegeartikel und Hilfsmittel sowie für Zubereitungen und Rezepturen nicht berücksichtigt. Die Zuzahlungen der Versicherten sind in den verwendeten Umsatzzahlen der GKV ebenso wenig enthalten, wie die Selbstbeteiligungen der Privatversicherten in den Ausgaben der PKV.

Die Versichertenstruktur der GKV unterscheidet sich von der der PKV. Der Anteil der Männer ist in der GKV etwas niedriger als in der PKV. Das Durchschnittsalter liegt bei 42,7 Jahren und damit 0,9 Jahre über dem der PKV-Versicherten.<sup>14</sup> Da die Bedeutung der meisten Medikamente altersabhängig ist, kann der höhere Altersschnitt zu einem etwas anderen Verordnungsprofil in der GKV führen.

### **4.2 Vergleich unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rabatte**

Um die Arzneimittelausgaben pro Verordnung in der GKV zu ermitteln, wurde der Fertigarzneimittelumsatz für GKV-Versicherte in der Apotheke um die Einsparungen aufgrund des

---

<sup>12</sup> Vgl. Schwabe, Paffrath (2010).

<sup>13</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2010).

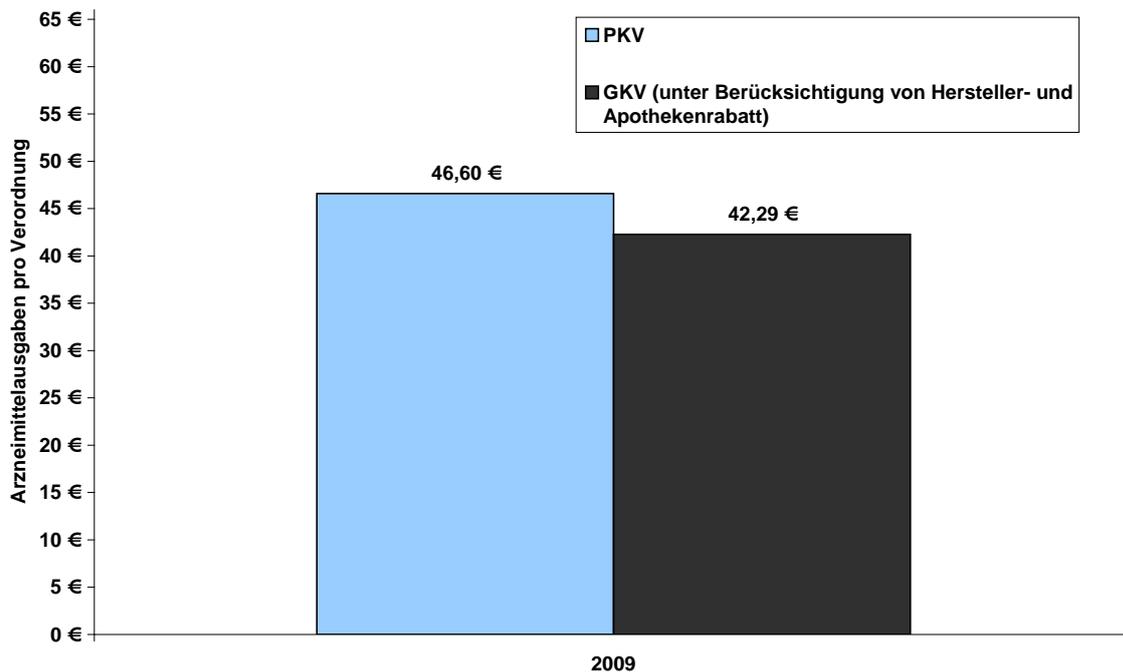
<sup>14</sup> Die Daten zur PKV stammen aus der Kopfschadenstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Die Altersstruktur der GKV wird u. a. vom Bundesversicherungsamt im Rahmen der Dokumentation zum Risikostrukturausgleich veröffentlicht.

Hersteller- und Apothekenrabatts vermindert und durch die zugehörige Gesamtverordnungszahl geteilt. Die Gesamtverordnungszahl ist das Maß für die gesamten vom Arzt verordneten Medikamente in einem Jahr. Zur Abgrenzung: Die Zahl der Rezepte ist kleiner, da ein Rezept auch mehrere Verordnungen enthalten kann.

Der PKV-Wert wurde aus den vorliegenden Arzneiverordnungsdaten berechnet, wobei im Jahr 2009 für die PKV weder der Hersteller- noch der Apothekenrabatt galten. Da das Einsparvolumen aus individuellen Rabattverträgen nur für die GKV, nicht aber für die PKV bekannt ist, findet es für die vorliegende Berechnung aus Gründen der Vergleichbarkeit keine Berücksichtigung.

Der errechnete durchschnittliche Preis einer Verordnung von Fertigarzneimitteln in der GKV lag nach der vorgenommenen Rechnung im Jahr 2009 bei 42,29 €. Für die PKV konnten 46,60 € berechnet werden. Vergleicht man die für die Ausgaben maßgeblichen Werte, so lagen die PKV-Arzneimittelausgaben pro Verordnung für Fertigarzneimittel damit um 10,2 % höher als in der GKV. Damit ist die Arzneimittelversorgung von Privatversicherten im Durchschnitt pro Verordnung teurer als für Kassenpatienten (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Arzneimittelausgaben pro Verordnung in der PKV und in der GKV



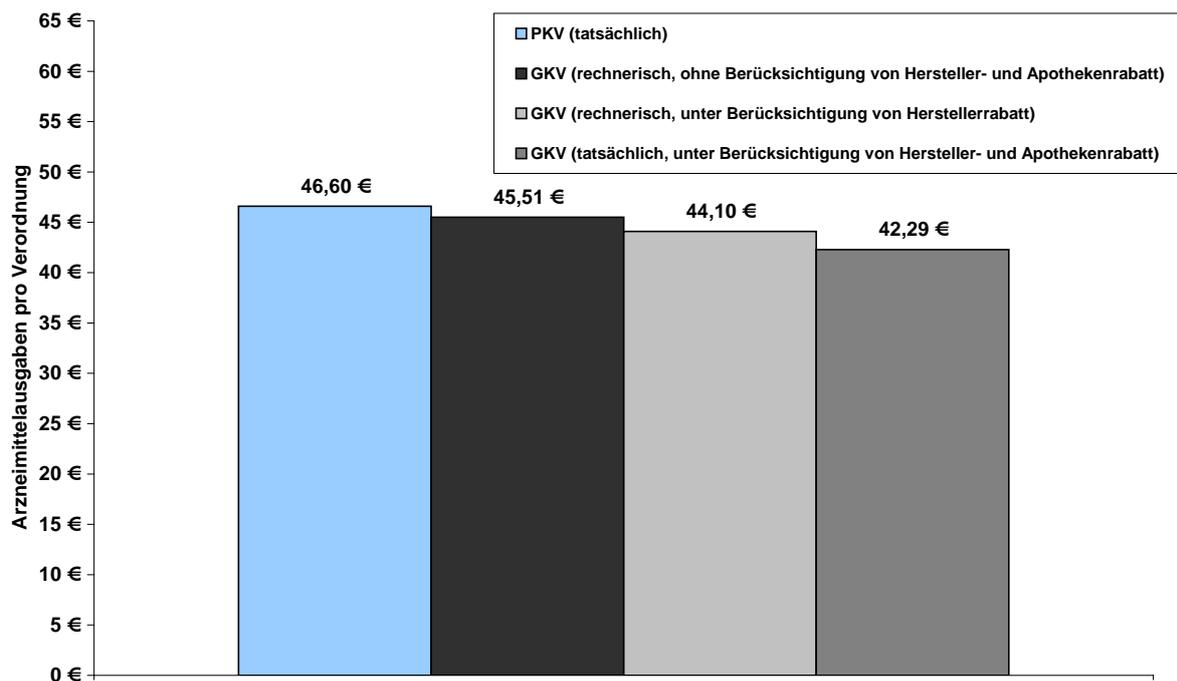
Die Ursachen für den Unterschied liegen sowohl in einer Preis- als auch einer Strukturkomponente, die nachfolgend beschrieben werden.

### 4.3 Preiskomponente

Die niedrigeren Arzneimittelausgaben pro Verordnung in der GKV im Vergleich zur PKV werden maßgeblich durch die Einsparungen aufgrund von gesetzlich festgelegten Rabatten determiniert. Ohne diese Einsparungen konnte ein durchschnittlicher Verordnungspreis im Jahr 2009 von 45,51 € berechnet werden. Der PKV-Wert wäre ohne Rabatte zugunsten der GKV 2,4 % statt 10,2 % (mit Rabatten) höher.

Der Herstellerrabatt ermöglichte der GKV im Jahr 2009 eine Reduzierung der Arzneimittelausgaben pro Verordnung um 3,1 % auf 44,10 €. Der Apothekenrabatt führt zu einer weiteren Verringerung um 4,1 % auf 42,29 €. Insgesamt führten Hersteller- und Apothekenrabatt sowie die Rabattverträge zu einer Verringerung des durchschnittlichen Verordnungspreises in der GKV um 7,1 % (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Arzneimittelausgaben pro Verordnung in der PKV und GKV im Jahr 2009



#### 4.4 Strukturkomponente

Wie für das vorangehende Unterkapitel berechnet wurde, sind die Arzneimittelausgaben pro Verordnung in der PKV höher als in der GKV, selbst wenn die gesetzlichen Rabatte und die individuellen Rabattverträge der GKV außen vor bleiben.

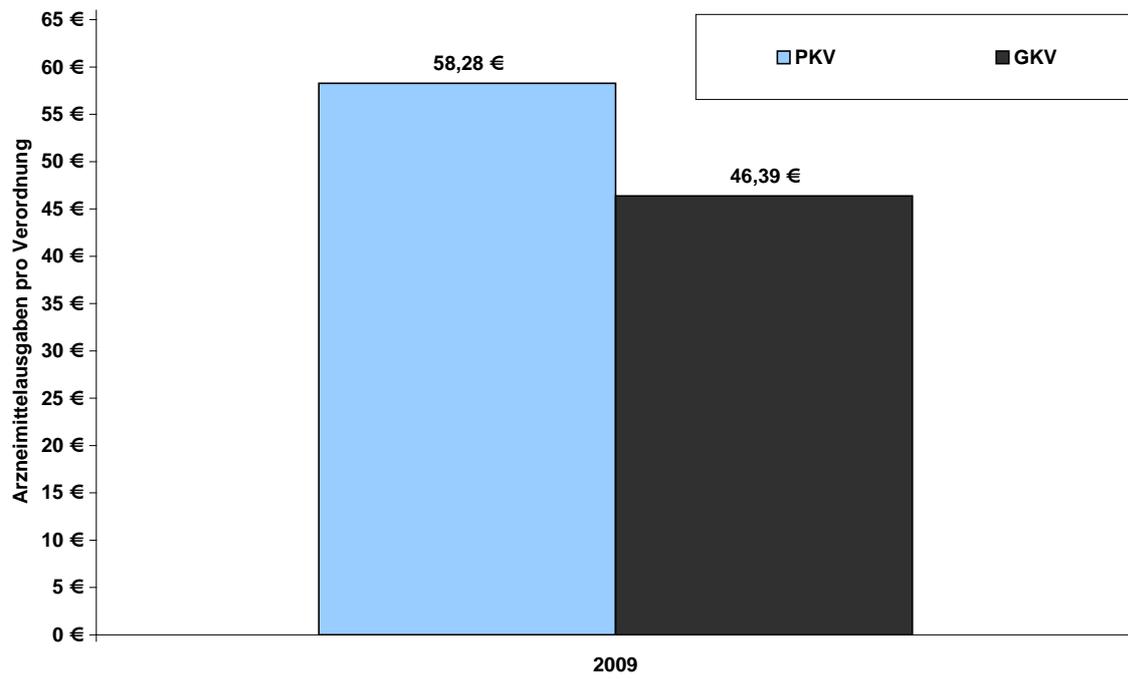
Dabei entfallen 35,8 % der Verordnungen in der PKV (statt 3 % in der GKV) auf nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, die mit durchschnittlichen Ausgaben pro Verordnung von 17,20 € als preisgünstig anzusehen sind.<sup>15</sup> Dass trotzdem über alle Medikamente ein höherer Durchschnittspreis pro Verordnung für die PKV berechnet werden konnte, hat seine Ursache im höheren Durchschnittspreis für verschreibungspflichtige Medikamente. Die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Medikamentes bei Privatversicherten kostet im Durchschnitt 58,28 €. Dem stehen 46,39 € bei der GKV gegenüber (siehe Abbildung 3).<sup>16</sup> Damit ist die Arzneimittelversorgung pro Verordnung bei verschreibungspflichtigen Medikamenten in der PKV etwa ein Viertel teurer. Dies wird vor allem durch den höheren Anteil an teuren Originalpräparaten, statt preisgünstigen Generika, verursacht. Während die Generikaquote in der PKV auf dem generikafähigen Markt einen Wert von 55,2 % erreicht, beträgt der entsprechende GKV-Wert 89,8 %.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Vgl. Wild (2011), S. 45, 70.

<sup>16</sup> Vgl. Wild (2011), S. 69.

<sup>17</sup> Vgl. Wild (2011), S. 62.

Abbildung 3: Arzneimittelausgaben pro Verordnung bei verschreibungspflichtigen Medikamenten



## 5. Prognose für das Jahr 2011

Um die Auswirkungen der im Jahr 2011 geltenden Rabattregelungen im Vergleich zur vorhergehenden Situation zu verdeutlichen, werden die neuen Regelungen zum Hersteller- und Apothekenrabatt auf die Arzneimittelausgaben des Jahres 2009 angewendet.

Es wird ausschließlich die Preiskomponente, also der erhöhte Apotheken- und Herstellerrabatt sowie die Regelung des § 1 AMRabG, dass der Herstellerrabatt auch für die PKV Anwendung findet, berücksichtigt. Die Erweiterung des Herstellerrabattes auf Impfstoffe und auf Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen bleibt außen vor. Datengrundlage bilden die Verordnungsprofile und die Arzneimittelausgaben des Jahres 2009.

Für die Ermittlung der Höhe des Einsparvolumens durch den Herstellerrabatt für die PKV im Jahr 2011 wurde der Rabattwert in der ABDATA-Datenbank<sup>18</sup> für eine Pharmazentralnummer (PZN) den vorliegenden Arzneimitteldaten von neun PKV-Unternehmen aus dem Jahr 2009 zugeordnet. Anschließend erfolgte eine Hochrechnung auf der Basis der Umsätze. Als Grundgesamtheit wurden die Arzneimittelausgaben der PKV im Jahr 2009 in Höhe von 2,33 Mrd. € aus dem Zahlenbericht des Verbandes der PKV herangezogen.<sup>19</sup>

Für die PKV-Unternehmen konnte ein Einsparvolumen aufgrund des Herstellerrabattes für das Jahr 2011 in Höhe von 161,4 Mio. € berechnet werden. Wenn der Privatversicherte einen Beihilfetarif besitzt, also Beamter oder Versorgungsempfänger ist, fallen weitere Kostensparnisse bei den Beihilfeträgern an. Nach Berechnungen mit Hilfe der Kopfschadenstatistik für PKV-Versicherte, die der Verband der privaten Krankenversicherung erhebt, lagen die Arzneimittelausgaben für Privatversicherte einschließlich der Beihilfeausgaben im Jahr 2009 bei 4,064 Mrd. €<sup>20</sup> Hochgerechnet auf diese Ausgaben führt der Herstellerrabatt nach § 1 AMRabG zu Einsparungen bei der PKV (einschließlich der Beihilfe) im Jahr 2011 von 281,5 Mio. €

Beim berechneten Einsparvolumen handelt es sich wahrscheinlich um eine Unterschätzung. Zum einen werden die Arzneimittelausgaben im Jahr 2011 vermutlich höher sein als im für die Berechnung herangezogenen Jahr 2009. Dazu tragen neben steigenden Arzneimittelausgaben pro Kopf auch die zunehmende Versichertenzahl bei. Zudem konnte bei der Kalkulation weder der Herstellerrabatt auf die Zubereitungen und Rezepturen noch auf die erstmals zu berücksichtigenden Impfstoffe eingerechnet werden.

---

<sup>18</sup> Hierbei handelt es sich um die Datenbank der Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH.

<sup>19</sup> Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung (2011), S. 53.

<sup>20</sup> Die Methodik zur Berechnung der Leistungsausgaben mit Hilfe der Kopfschadenstatistik siehe Niehaus, Weber (2006).

Für die Abschätzung des zu erwartenden Einsparvolumens in der GKV im Jahr 2011 werden die ersten Erhebungen von IMS Health aus dem 1. Quartal 2011 herangezogen.<sup>21</sup> Danach lagen die Einsparungen der GKV infolge des Herstellerrabattes bei 564 Mio. € und aufgrund des Apothekenrabatts bei 313 Mio. €. Die Hochrechnung auf das gesamte Jahr erfolgte mit Hilfe eines einfachen Dreisatz über das Verhältnis der Einsparungen im 1. Quartal 2010 (254 Mio. € Herstellerrabatt, 264 Mio. € Apothekenrabatt) und des gesamten Jahres 2009.<sup>22</sup> Als Ergebnis können für die GKV für das Jahr 2011 Einsparungen von 1,943 Mrd. € aufgrund des Herstellerrabatts und 1,343 Mrd. € über den Apothekenrabatt prognostiziert werden. Nach dieser Abschätzung sorgt – im Gegensatz zum Jahr 2009 – der Herstellerrabatt im Jahr 2011 für eine höhere Einsparung in der GKV als der Apothekenrabatt.

**Tabelle 1: Prognostiziertes Einsparvolumen für 2011**

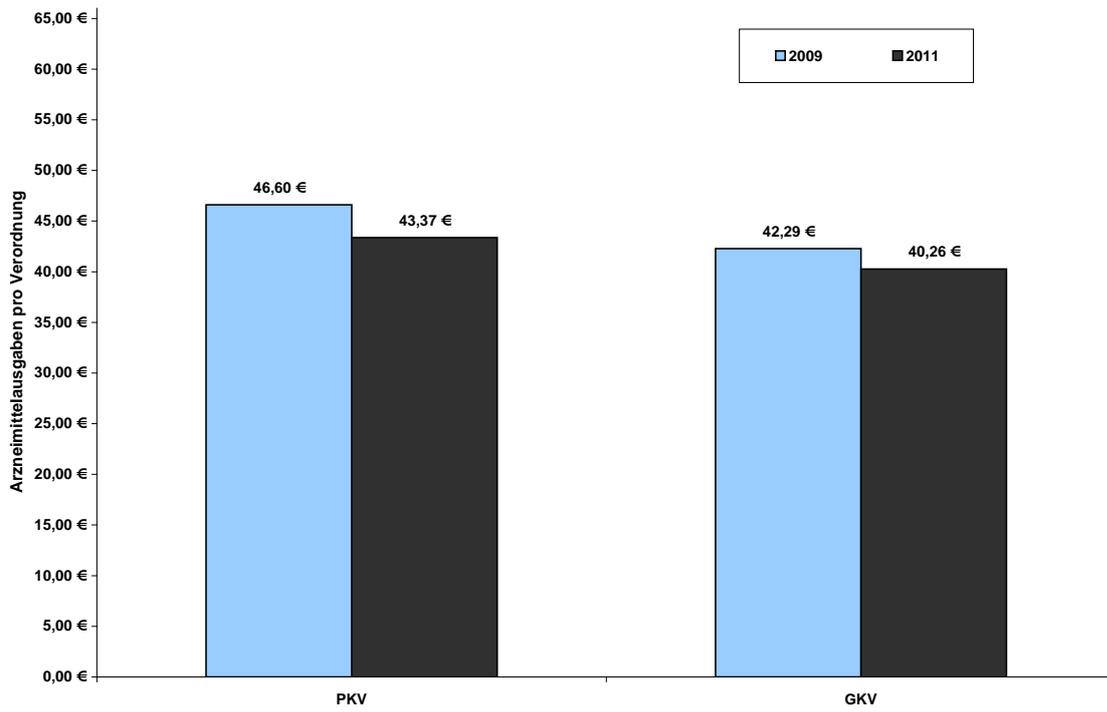
	<b>Herstellerrabatt</b>	<b>Apothekenrabatt</b>
GKV	1.943 Mio. €	1.343 Mio. €
PKV-Unternehmen	161 Mio. €	wird nicht gewährt
PKV-Unternehmen + Beihilfeträger	281 Mio. €	wird nicht gewährt

Für die PKV bedeutet die Möglichkeit, ab 2011 einen Herstellerrabatt einzufordern, eine Verringerung der durchschnittlichen Arzneimittelausgaben pro Verordnung um 6,9 % auf 43,37 €. In der GKV führen die erhöhten Hersteller- und Apothekenrabatte zu einer Reduzierung des Durchschnittspreises um 4,8 % auf 40,26 € (siehe Abbildung 4). Dass bei der PKV prozentual eine höhere Senkung ermittelt werden konnte, folgt daraus, dass der PKV der Herstellerrabatt erstmals gewährt wird, während in der GKV „nur“ eine Erhöhung des Rabattsatzes zugrunde liegt.

<sup>21</sup> Vgl. Maag (2011), S. 28-29.

<sup>22</sup> Alternativ wäre es möglich gewesen die Quartalswerte 2011 zu vervierfachen, allerdings würden hierbei saisonale Schwankungen unberücksichtigt bleiben.

**Abbildung 4: Auswirkungen der 2011er Rabattregelungen bei PKV und GKV**



## 6. Vergleich von Szenarien vor und nach dem AMNOG

Im Rahmen des AMNOG wurde eine Reihe von Neuregelungen zum Herstellerrabatt beschlossen. Sie umfassten vor allem einen erhöhten Herstellerrabatt für verschreibungspflichtige Medikamente ohne Festbetrag und die Bestimmung, dass pharmazeutische Unternehmen auch der PKV sowie den Beihilfeträger Abschläge entsprechend des § 130a SGB V zu gewähren haben. Nachdem im vorhergehenden Teil der Arbeit die Auswirkungen der Rabattregelungen auf die Arzneimittelausgaben berechnet wurden, können nunmehr verschiedene Szenarien gegenübergestellt werden. Es gilt insbesondere zu verdeutlichen, wie sich die Situation für die PKV ohne AMRabG, also ohne den Anspruch auf einen Herstellerrabatt, dargestellt hätte.

Die folgende Tabelle veranschaulicht die Konsequenzen möglicher Szenarien:

**Tabelle 2: Prozentualer Unterschied der Arzneimittelausgaben pro Verordnung von PKV und GKV bei diversen Szenarien**

Szenario	Herstellerrabatt			Apothekenrabatt	Arzneimittelausgaben pro Verordnung – prozentualer Unterschied PKV-GKV
	PKV	GKV		GKV	
	16 %*	16 %*	6 %*		
(1)			x	1,75 €**	10,2 %
(2)	x	x		2,05 €**	7,7 %
(3)	x	x		1,75 €**	6,8 %
(4)		x		2,05 €**	15,7 %

\* Rabattsätze für verschreibungspflichtige patentgeschützte Arzneimittel, für die kein Festbetrag gilt

\*\* Apothekenrabatt für verschreibungspflichtige Medikamente pro Packung

Szenario 1 zeigt die Gesetzeslage im Jahr 2009 und im Zeitraum Januar 2010 bis Juli 2010. Danach galt u. a. für verschreibungspflichtige, patentgeschützte Arzneimittel ohne Festbetrag in der GKV ein Herstellerrabatt von 6 %, der Apothekenrabatt lag für verschreibungspflichtige Medikamente pro Packung bei 1,75 €. Die Arzneimittelausgaben pro Verordnung in der PKV waren danach 10,2 % höher als in der GKV. Nach den im Jahr 2011 geltenden Rabattregeln, mit erhöhtem Herstellerrabatt, der Ausdehnung auf die PKV und dem erhöhten Apothekenrabatt für die GKV, beträgt die Differenz unter Berücksichtigung der prognostizierten Einsparungen noch 7,7 % (Szenario 2).

Im Jahr 2011 wurde der Apothekenrabatt von 1,75 € auf 2,05 € pro verschreibungspflichtigen Medikament erhöht. Szenario 3 zeigt die Situation, wenn der Apothekenrabatt auch im Jahr 2011 bei 1,75 € liegen würde. Dann ergäbe sich eine durchschnittliche Preisdifferenz zwi-

schen PKV und GKV von 6,8 % (statt 7,7 %). Da der Apothekenrabatt zugunsten der GKV erhöht wurde, ist die Preisschere zwischen PKV und GKV wieder etwas auseinander gegangen, nachdem das AMRabG eine Annäherung gebracht hatte.

Szenario 4 verdeutlicht, wie sich die Situation ohne die Regelung des AMRabG, nach der auch PKV-Unternehmen den Herstellerrabatt einfordern können, dargestellt hätte. Dann würde der durchschnittliche Verordnungspreis in der PKV im Jahr 2011 15,7 % (statt nunmehr 7,7 %) höher sein als in der GKV. Im Übrigen spiegelt dieses Szenario auch in etwa die Situation in den letzten fünf Monaten des Jahres 2010 wieder, da die PKV erst ab Januar 2011, die GKV aber schon ab August 2010, den erhöhten Herstellerrabatt geltend machen kann.

Es sei noch darauf verwiesen, dass die Rabattverträge der GKV und der PKV mit den pharmazeutischen Herstellern nicht berücksichtigt wurden. Da die GKV hier aufgrund der Rahmenbedingungen deutlich höhere Einsparungen erzielt als die PKV, resultierte daraus in jedem Szenario eine noch größere Preisdifferenz zuungunsten der PKV.

## **7. Zusammenfassung**

Auf der Grundlage der Arzneiverordnungsdaten von neun PKV-Unternehmen und Daten des Arzneiverordnungs-Reports der GKV wurde untersucht, wie sich die Arzneimittelausgaben pro Verordnung unterscheiden. Neben der systembedingt abweichenden Verordnungs- und Erstattungspraxis galt es vor allem, die Auswirkungen der gesetzlichen Rabatte zu betrachten. Die Analyse zeigt, dass die PKV zwar auch ohne Berücksichtigung von Rabatten – zum Beispiel aufgrund einer niedrigeren Generikaquote – eine etwas teurere Versorgung aufweist. Apotheken- und Herstellerrabatt vergrößerten die Ausgabendifferenz jedoch erheblich. Während im Jahr 2009 die Arzneimittelausgaben pro Verordnung ohne Berücksichtigung gesetzlicher Rabatte in der PKV 2,4 % höher lagen als in der GKV, waren es mit gesetzlichen Rabatten 10,2 %.

Nach § 1 AMRabG können erstmals PKV-Unternehmen den – mittlerweile für patentgeschützte Medikamente ohne Festbetrag auf 16 % erhöhten – Herstellerrabatt einfordern. Infolgedessen nähert sich der Durchschnittspreis einer Verordnung von PKV und GKV an. Die prognostizierte Differenz beträgt nunmehr 7,7 %. Ohne AMRabG lägen die Arzneimittelausgaben pro Verordnung in der PKV 15,7 % höher als in der GKV. Das für 2011 zu erwartende Einsparvolumen aufgrund des Herstellerrabattes beziffert sich nach der WIP-Prognose auf 161 Mio. € für die PKV bzw. 281 Mio. € für PKV und die Beihilfe. Damit können die durchschnittlichen Arzneimittelausgaben pro Verordnung in der PKV um voraussichtlich 6,9 % reduziert werden.

## **8. Literatur**

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2009

Maag, G. (2011): IMS Marktbericht. Entwicklung des Pharmamarktes im März 2011

Niehaus, F.; Weber, C. (2006): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen, Köln

Schwabe, U.; Paffrath, D. (2010): Arzneiverordnungs-Report 2010, Heidelberg

Verband der privaten Krankenversicherung (2011): Zahlenbericht 2009/2010

Wild, F. (2011): Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2009. Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Köln

## **WIP-Veröffentlichungen zum Thema „Arzneimittel“ von Dr. Frank Wild**

Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben, WIP-Diskussionspapier 4/2011

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV). Eine Analyse von Verordnungsdaten Privatversicherter, WIP-Diskussionspapier 3/2011

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2009 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, ISBN 978-3-9810070-9-1

Die Verordnung von Medikamenten zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der PKV, WIP-Diskussionspapier 14/2009

Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 13/2009

Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009), WIP-Diskussionspapier 10/2009

Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007, WIP-Diskussionspapier 5/2009

Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen - Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007, WIP-Diskussionspapier 4/2009

Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV, WIP-Diskussionspapier 3/2009

Arzneimittelversorgung mit Insulinen, WIP-Diskussionspapier 3/2008,

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2008), WIP-Diskussionspapier 1/2008

Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten, WIP-Diskussionspapier 8/2007

Verbrauchsanalyse von verordneten Arzneimitteln bei Privatversicherten, WIP-Diskussionspapier 7/2007

Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten, WIP-Diskussionspapier 3/2007

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen, WIP-Diskussionspapier 1/2007

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten. Die Verordnung von OTC-Präparaten, WIP-Diskussionspapier 6/2006

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Der Markt der Statine, WIP-Diskussionspapier 4/2006

## **WIP-Veröffentlichungen von 2009 bis 2011**

Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben, WIP-Diskussionspapier 4/2011, Dr. Frank Wild

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV). Eine Analyse von Verordnungsdaten Privatversicherter, WIP-Diskussionspapier 3/2011, Dr. Frank Wild

Ein Vergleich der zahnärztlichen Vergütung nach GOZ und BEMA, WIP-Diskussionspapier 2/2011, Dr. Frank Niehaus, Dr. Torsten Keßler, Verena Finkenstädt

Die Bedeutung der GOZ für das Einkommen der Zahnärzte, WIP-Diskussionspapier 1/2011, Dr. Frank Schulze Ehring (Gastautor)

Das Spannungsverhältnis zwischen Äquivalenz- und Einkommensumverteilung in der GKV – Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9813569-0-8

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9810070-9-1

Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008, WIP-Diskussionspapier 4/2010, Dr. Torsten Keßler

Beitrags- und Leistungsdifferenzierung in der GKV?, WIP-Diskussionspapier 3/2010, Dr. Frank Schulze Ehring, Dr. Anne-Dorothee Köster

Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, WIP-Diskussionspapier 2/2010, Dr. Frank Wild

Zukünftige Entwicklung in der sozialen Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 1/2010, Dr. Frank Niehaus

Die Verordnung von Medikamenten zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der PKV, WIP-Diskussionspapier 14/2009, Dr. Frank Wild

Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 13/2009, Dr. Frank Wild

Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?, WIP-Diskussionspapier 12/2009, Dr. Frank Niehaus, Verena Finkenstädt

Radiologie – Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ, WIP-Diskussionspapier 11/2009, Dr. Torsten Keßler

Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009),

WIP-Diskussionspapier 10/2009, Dr. Frank Wild

Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV,  
WIP-Diskussionspapier 9/2009, Dr. Frank Niehaus

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007, WIP-Diskussionspapier 8/2009, Dr. Frank Niehaus

Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM,  
WIP-Diskussionspapier 7/2009, Dr. Frank Niehaus

Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV  
2004/2005/2006, WIP-Diskussionspapier 6/2009, Dr. Torsten Keßler

Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007, WIP-Diskussionspapier 5/2009, Dr. Frank Wild

Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen - Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007, WIP-Diskussionspapier 4/2009, Dr. Frank Wild

Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV, WIP-Diskussionspapier 3/2009, Dr. Frank Wild

Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen, WIP-Diskussionspapier 2/2009,  
Dr. Frank Niehaus

Das Gesundheitssystem in der VR China, WIP-Diskussionspapier 1/2009,  
Dr. Anne Dorothee Köster

Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?, WIP-Diskussionspapier 4/2007, Dr. Frank Schulze Ehring,  
Christian Weber

Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten,  
WIP-Diskussionspapier 3/2007, Dr. Frank Wild

Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung,  
WIP-Diskussionspapier 2/2007, Dr. Frank Schulze Ehring

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen, WIP-Diskussionspapier 1/2007, Dr. Frank Wild

*Die aufgeführten Veröffentlichungen können über die Webseite des WIP (<http://www.wip-pkv.de>) heruntergeladen werden. Die Studien mit ISBN können darüber hinaus auch unentgeltlich in gedruckter Form über das WIP bezogen werden.*