

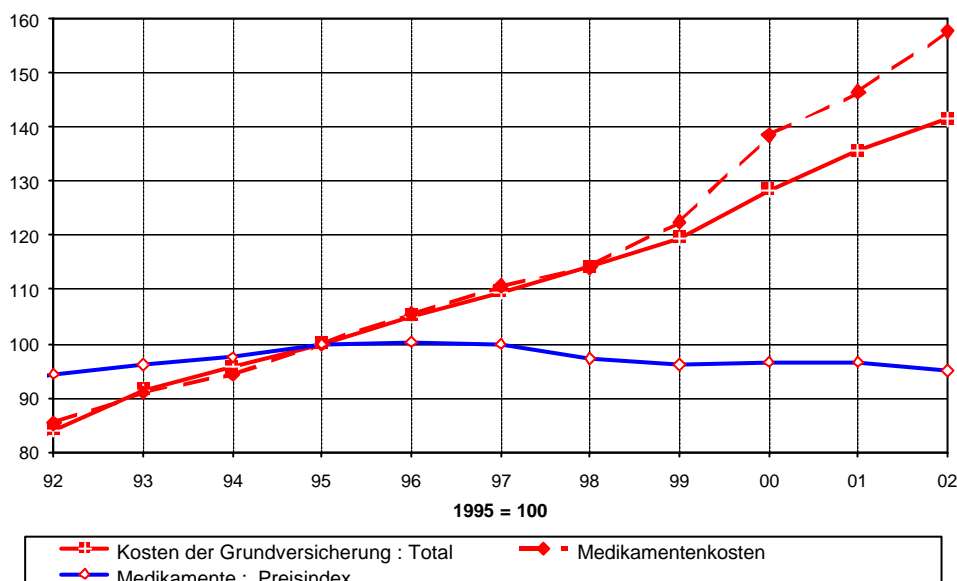
Medikamentenkosten: Kein Mengenproblem (Presserohstoff)

1. Entwicklung der Medikamentenkosten

Die Analyse der Zahlen der Krankenversicherer lässt keine Zweifel offen: Bei der Explosion der Gesundheitskosten spielen die Medikamentenkosten eine wesentliche Rolle.

Stiegen die Gesamtkosten für die Grundversicherung 1997-2002 um jährlich 5.9 %, so nahmen die Medikamentenkosten um 9 % zu. Ihr Anteil an den Gesamtauslagen der Krankenversicherer stieg von 18.3 % auf 21.6 %¹.

Grafik 1: Gesundheits- und Medikamentenkosten



Grafik 1 zeigt die frappante Gegensätzlichkeit zwischen der steigenden Kostenkurve für Medikamente und dem offiziellen, leicht sinkenden Medikamentenpreisindex.

Die intuitive Erklärung ist banal: Mengenausweitung. Die Alterung der Bevölkerung, d.h. der vermehrte Bedarf an Medikamenten für Altersbeschwerden, der Kosteneffekt neuer Behandlungen schwerer Krankheiten, umsatzorientiertes Abgabeverhalten bei selbstdispensierenden Ärzten, usw., all das scheinen plausible Gründe für eine Ausweitung des Medikamentenkonsums.

2. Der Medikamentenpreisindex

Der offizielle Medikamentenpreisindex scheint diese Theorie zu bestätigen, zeigt im wesentlichen aber nur die Kontrolltätigkeit des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV).

Seit der Einführung des KVG, hat das BSV etwas über 3000 alte Präparate überprüft und insgesamt bei etwa 1300 Präparaten eine durchschnittliche Preissenkung von 22 % verfügt².

¹ Die Zahlen zu den Kosten der Krankenversicherer basieren bis 1997 auf den Angaben der revidierten Gesundheitsstatistik des BFS, *Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000. Revidierte Zeitreihen*, Juni 2003, Tabelle T3b. Ab 1998 verwendet die Preisüberwachung die Angaben der Rechnungsstellerstatistik von Santésuisse (Medikamentenkosten ohne Spitalpräparate). Der Preisindex für Medikamente stammt aus der offiziellen Krankenversicherungsstatistik 2001, T. 9.12, ergänzt durch neuere BFS-Werte.

² Auf Niveau Fabrikabgabepreis (FAP). Der Gesamteffekt auf Publikumspreis-Niveau (PP) wird durch die Einführung des neuen leistungsorientierten Abgeltungsmodells (LOA) stark mitbeeinflusst. Der Umsatzanteil der Medikamente, deren Preis gesenkt wurde, ist nicht bekannt. Man darf aber doch davon ausgehen, dass die auf Betreiben der Preisüberwachung eingeführte Preiskontrolle jährliche Einsparungen in wenigstens zweistelliger Millionenhöhe bewirkt. Details und weitere Erläuterungen können der vollständigen Studie entnommen werden.

Tabelle 1: Resultate Altlastenbereinigung

Preisentwicklung der Präparate welche schon im Sept. 1995 in der SL waren								
	PP	^	v	=	FAP	^	v	=
n	3526	1636	1686	204	3526	774	1332	1420
Sept. 95	54.71	24.09	89.91	9.43	32.98	25.34	32.39	37.69
Sept. 03	47.28	26.71	71.83	9.43	30.82	27.52	25.18	37.91
Kumulative Veränderung								
	-13.6%	10.8%	-20.1%	0.0%	-6.5%	8.6%	-22.3%	0.6%
^ = steigende Preise			v = fallende Preise		"=" = unveränderte Preise			

Die resultierende durchschnittliche Reduktion der Fabrikabgabepreise (FAP) von 6.5 % auf den 3526 bereits im September 1995 in der Spezialitätenliste (SL) eingetragenen Präparaten entspricht in etwa den Indexzahlen des BFS. Der BFS-Index zeigt die Evolution der Preise der alten Präparate. Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) gilt der Ersatz eines kostengünstigen Medikamentes durch ein neues teureres Präparat nämlich als Ausdruck technischen Fortschrittes, welcher nicht indexrelevant sein kann.

3. Die Preisexplosion der kassenpflichtigen Präparate

Ein ganz anderes Bild ergibt sich, wenn man die Durchschnittspreise aller in der SL eingetragenen Präparate über die Zeit verfolgt. Seit dem Preismoratorium von 1992³ stiegen die Durchschnittspreise der in der SL eingetragenen Präparate tatsächlich kumuliert um 126 % (Publikumspreise, PP) und sogar um 186 % (FAP) bzw. jährlich um 8.6 % (PP) und um 10.8 % (FAP). Diese Werte entsprechen den von den Krankenversicherern aufgezeigten Wachstumsraten für die gesamten Arzneimittelkosten (vgl. Ziff. 1 Abs. 2). Da Kosten naturgemäss als Produkt von Menge und Preis entstehen, die Preisentwicklung aber allein schon genügt, um die Kostensteigerung zu erklären, bleibt nur die Schlussfolgerung, dass die Mengen stabil geblieben sind.

Die Tabelle 2 zeigt die Durchschnittswerte in Schweizer Franken, sowie die entsprechenden Wachstumsraten.

Tabelle 2: Entwicklung der Einheitspreise kassenpflichtiger Präparate

Spezialitätenliste des Bundesamtes für Sozialversicherung						
	Periode	n	PP	Index	FAP	Index
Moratorium für SL-Preise	Sept. 92	4923	48.22	100%	29.23	100%
Letzte Periode vor KVG	Sept. 95	5336	54.37	113%	33.29	114%
September 2003	Sept. 03	6608	109.09	226%	83.62	286%
Kumulative Veränderung						
	92 - 03	+34%	+126%		+186%	
	95 - 03	+24%	+101%		+151%	

Diese Aussage wird durch Industrieangaben zur mengenmässigen Entwicklung des Pharmamarktes Schweiz bestätigt⁴.

³ BB über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vom 9.10.1992, AS 1992 S.1838.

⁴ Seit den 80er Jahren betrug das echte Mengenwachstum – gemessen an der Anzahl verkaufter Packungen – in der Tat jährlich weniger als 1 %. Es ist möglich, dass die durchschnittliche Packungsgrösse über die Jahre etwas zugenommen hat. Die Wachstumsraten der Anzahl verkaufter Packungen sind aber auch in den letzten Jahren für alle Medikamentenkategorien (SL, HL; Rx, OTC) und Abgabekanäle (Ausnahme selbstdispensierende Ärzte) sehr klein, bzw. sogar negativ.

Die Kostenexplosion im Medikamentenmarkt ist also offensichtlich kein Mengen-, sondern im wesentlichen ein *Preisproblem*⁵.

4. Umsteigeteuerung, der Motor der Kostenexplosion

Die Spezialitätenliste des BSV ist ein ständiger Bauplatz. Alte Medikamente werden gestrichen, neue, zum Teil modernere und leistungsfähigere Präparate neu aufgenommen.

Die folgende Tabelle zeigt die Zusammenfassung dieser Bewegungen seit der Einführung des KVG.

Tabelle 3: Mutationen in der Spezialitätenliste seit Inkrafttreten des KVG

Aus SL gestrichen			Neu in SL			Netto-Zugang	Total Mutationen	
Sept. 95 noch in der SL			Sept. 95 noch nicht in der SL					
n	PP	FAP	n	PP	FAP			
-1789	49.68	30.72	3061	178.03	142.22	1272	4850	
Kumulierte Mutationen und Durchschnittspreise 1996-2003								
-2809	63.84	41.77	4081	162.94	121.71	1272	6890	

Von den ursprünglich 5336 Medikamenten im September 1995 sind 1789 gestrichen und durch 3061 neue Präparate ersetzt worden. Insgesamt gab es aber 6890 Mutationen, d.h. etwa 1000 Präparate gaben nur ein kurzes Gastspiel in der Kassenpflicht⁶.

Die Auswirkungen dieser Mutationen auf die Preise sind evident. Die Publikumspreise der neu aufgenommenen Präparate – selbst nach Einführung von LOA – sind mehr als 3 mal, die Fabrikabgabepreise sogar 4.5 mal so hoch wie die Preise der seit September 1995 ausgemusterten Medikamente. Diese "Umsteigeteuerung" ist der Motor der beobachteten Steigerung der Einheitspreise, aber auch der Kosten der Medikamente in der sozialen Krankenversicherung.

Die seit 1996 erreichte kumulative Preiskorrektur von 6.5 % auf der Hälfte der aktuellen SL-Präparate fällt im Kontext dieser massiven Umsteigeteuerung eher bescheiden aus.

5. Fazit

Das Problem der Kostenexplosion im Medikamentenbereich der Grundversicherung ist kein Mengen- sondern ein Preisproblem. Der Ersatz alter kostengünstiger Medikamente durch neue teure Präparate ist der Motor dieser sich beschleunigenden Kostensteigerung.

Korrekturmassnahmen müssen auf dieser Erkenntnis aufbauen, um Erfolge zeitigen zu können.

Der aktuelle Auslandspreisvergleich kann, bei konsequenter Anwendung, noch einen zusätzlichen Beitrag zur Kosteneindämmung bewirken. Der Vergleich mit den teuersten Ländern Europas kann aber nicht genügen, um eine angemessene Preisentwicklung – und in der Folge eine angemessene Prämienentwicklung – zu garantieren.

⁵ Diese Erkenntnis ist von grösster Bedeutung für die Wahl möglicher Kosteneindämmungsstrategien. Bei einer preisdominierten Expansion können die Kosten nicht durch simple Rationierungsmassnahmen unter Kontrolle gebracht werden ohne gesundheitspolitisch gefährliche Folgen zu provozieren. Ein Globalbudget impliziert z.B. die Reduktion der Zahl der abgegebenen Packungen und kann zu einer echten Unterversorgung führen.

⁶ Sie blieben wenigstens ein Jahr in der Liste um hier erfasst zu werden.