

ERFOLGSMODELL NORDRHEIN

Preiswert Verordnen ohne Qualitätsverlust

Immer wieder fühlt sich die Ärzteschaft wegen steigender Arzneimittelausgaben an den Pranger gestellt. In Nordrhein erarbeiteten gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung (KV) jetzt erstmals gemeinsam eine Analogliste mit Generika, die anstelle patentgeschützter Originalpräparate verschrieben werden sollen. Die Arzneimittelkosten konnten so bisher um 2,6 Prozent gesenkt werden.

Im jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Report – inzwischen liegt er in der 22. Ausgabe vor – werden die Strukturen des deutschen Arzneimittelmarkts und das Ordnungsverhalten der Ärzte von Experten aus Wissenschaft und Praxis analysiert und kommentiert. Auch die Auflage 2006 zeigt, dass die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) effizienter erbracht werden kann: wenn auf teure patentgeschützte Analogsubstanzen verzichtet und stattdessen preiswerte Generika des bereits patentfreien, ursprünglich innovativen Wirkstoffs verschrieben würden – ohne Qualitätsverlust in der Therapie.

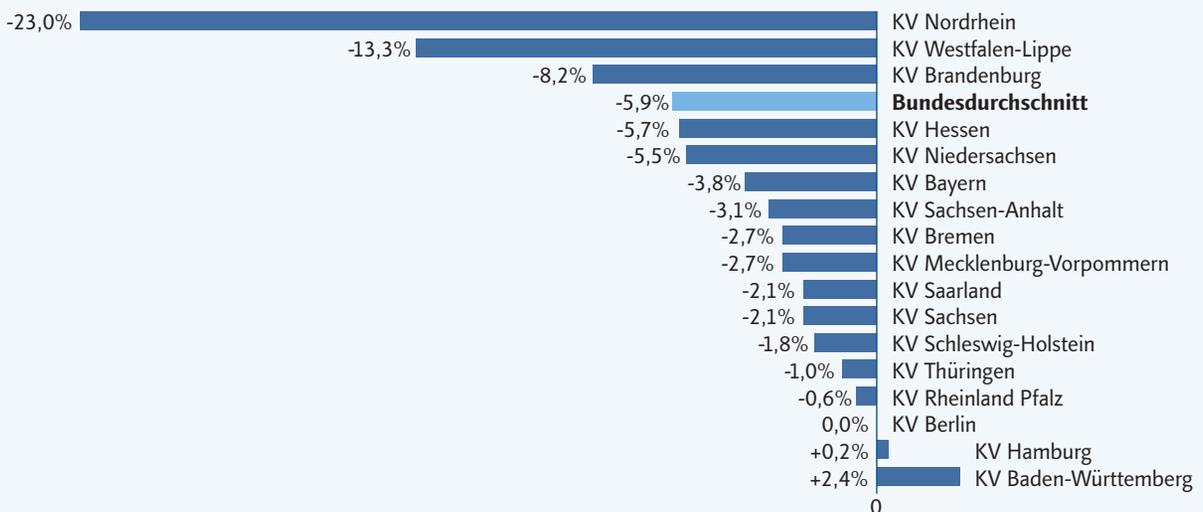
Jahr für Jahr erheben Gegner des Arzneiverordnungs-Reports den Vorwurf, diese Potenziale seien graue Theorie. Dass dem nicht so ist, zeigt das Projekt in Nordrhein: Die von Kassen und KV gemeinsam er-

stellte Liste benennt die patentgeschützten Präparate, auf die die Ärzte bei der Verschreibung ohne Verminderung der Therapiequalität verzichten können und für die preiswertere generische Alternativen verfügbar sind. Dass die Ärzte sich bei der Verschreibung an diese Liste hielten, war möglich, weil die nordrheinischen Arzneimittelvereinbarungen für das Jahr 2006 arztbezogene individuelle Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele in den Bereichen Generika und Me-too-Präparate festgelegt hatten. Werden diese nicht erreicht, müssen die Ärzte mit Honorarkürzungen rechnen. Die ersten Ergebnisse für 2006 zeigen, dass diese Zielvereinbarungen – flankiert von konkreten Verordnungsempfehlungen über Mailings oder Vorträge – wirken. So hat der Umsatz mit den auf der Analogliste aufgeführten Präparaten im Jahr 2006 gegenüber 2005 um 23 Prozent abgenommen (Bundesdurchschnitt -5,9 Prozent). Damit belegt die KV Nordrhein den Spitzenplatz, wenn die gesamten Arzneimittelkosten 2006 mit 2005 verglichen werden: Während der Bruttoumsatzzuwachs je Versicherten im Bundesdurchschnitt bei knapp einem Prozent liegt, hat die KV Nordrhein einen Rückgang von 2,6 Prozent zu verzeichnen. Insgesamt lag der Umsatzrückgang bei den patentgeschützten Analogarzneimitteln bei mehr als 40 Millionen Euro. ♦



Helmut Schröder, Forschungsbereichsleiter Arzneimittel/Heilmittel/Betriebliche Gesundheitsförderung im WIdO:
„Sparen mit Medikamenten ist möglich. Preiswerte generische Präparate ersetzen hochpreisige patentgeschützte Analogarzneimittel, ohne dass die Therapie leidet.“

UMSATZRÜCKGANG BEIM PRO-KOPF-VERBRAUCH PATENTGESCHÜTZTER ANALOGARZNEIMITTEL (2006/2005)



Quelle: GKV-Rezeptdaten 2005 und 2006, Liste patentgeschützter Analogarzneimittel der KV Nordrhein, Versichertenzahlen nach KM6 (2005 und 2006)

WIdO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des WIdO unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von WIdO-Publikationen unter Telefon 0228 843-131, Fax 0228 843-144



Joachim Klose,
Forschungsbereichs-
leiter Ambulante
Versorgung/Pflege
im WIdO:

„Wir haben in
Deutschland
genügend Ärzte. Ein
Problem ist, dass sie
regional sehr ungleich
verteilt sind.“

DER NEUE WIDO-ÄRZTEATLAS

Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten

Die Diskussion um den Ärztemangel in Deutschland hält an, obwohl die Zahl der niedergelassenen Ärzte seit Jahren ansteigt. Eine aktuelle Analyse zeigt: Das Problem ist die ungleiche regionale Verteilung.

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist Gegenstand verschiedener gesetzlicher Neuregelungen. So sieht etwa das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG) einige Regelungen zur Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit vor. Laut des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)

sollen – allerdings erst ab 2010 – bei regionaler Unter- und Überversorgung unterschiedliche ärztliche Vergütungen (Punktwerte) gelten, um so Anreize für bedarfsgerechte Niederlassungen zu schaffen. Vor diesem Hintergrund gewinnt das Wissen um die aktuelle regionale vertragsärztliche Versorgungssituation an Bedeutung. Tatsächlich gibt es in Deutschland genügend Ärzte. Das Problem sind allerdings die erheblichen Verteilungsungleichgewichte in der Versorgungsdichte.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat das regionale Versorgungsangebot an Ver-

tragsärzten für Deutschland analysiert und für die 14 wichtigsten Arztgruppen die Versorgungsgrade in den insgesamt 395 Planungsbereichen kartografisch aufbereitet. Das Ausmaß an regionaler Über- und Unterversorgung wird differenziert dargestellt. Zudem sind jeweils arztgruppenspezifisch unter anderem die langfristige Entwicklung der Arztzahlen, die Altersstruktur der Ärzte sowie die Zu- und Abgänge (Zulassungsbeginn / Zulassungsende) in den letzten Jahren dargestellt. Die Publikation wird voraussichtlich im April 2007 erscheinen. ♦



Dr. Thomas Uhlemann,
wissenschaftlicher
Mitarbeiter Ambulante
Versorgung/Pflege im
WIdO:

„Die Evaluation macht deutlich, dass es mit dem EBM 2000plus auch zu einer merklichen Leistungsbedarfsausweitung gekommen ist.“

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab EBM 2000plus ist seit dem 1. April 2005 in Kraft. Die begleitende wissenschaftliche Evaluation zeigt: Es ist auch zu einer deutlichen Leistungsbedarfsausweitung gekommen.

Mit der Entscheidung über die Einführung des neuen einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM 2000plus) hatte sich die Gemeinsame Selbstverwaltung auch auf ein Evaluationskonzept geeinigt. Mit dessen Umsetzung beauftragte sie das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) und das Zen-

tralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI).

Die Institute werteten zunächst die ersten vier Quartale nach Einführung des neuen EBM auf der Basis eines Panels aus. Anschließend analysierten sie die Daten von zwei Kassenärztlichen Vereinigungen. Nach Arztgruppen getrennt wurden die Auswirkungen des EBM unter anderem auf die Zahl der abgerechneten Leistungen, den abgerechneten Leistungsbedarf (insgesamt und je Fall), aber auch auf das Spektrum dokumentierter Diagnosen untersucht. In-

nerhalb der Arztgruppen wurden auch Faktoren wie die Größe der Praxen berücksichtigt. Die Evaluation zeigt insgesamt eine merkliche Ausweitung des Leistungsbedarfs (abgerechnete Punktzahl) im Vergleich zum alten EBM, die am deutlichsten bei den eher hausärztlich tätigen Fachgruppen ausgeprägt ist; gleichzeitig geht der Leistungsbedarf bei einigen Fachgruppen zurück. Die Analyse, die auch die Plausibilität der im Rahmen des neuen EBM kalkulierten ärztlichen Arbeitszeit überprüft, wird in Kürze publiziert. ♦

DAS WID O AUF KONGRESSEN

Jörg Friedrich „Sind die Verlierer von gestern auch die von heute und morgen? – Die G-DRG: Werden sie zum Präzisionsinstrument?“, Vortrag beim 6. Nationalen DRG-Forum, Berlin, 04/07 ♦ **Dr. Klaus Jacobs** „Lohnt sich Prävention?“, Podiumsteilnahme beim Kongress Prävention als Leitthema grüner Gesundheitspolitik, Berlin, 04/07 ♦ **Helmut Schröder** „Pharmastandort Deutschland“, Vortrag bei der Veranstaltung „Patienteninitiative und Sponsoring“, Berlin, 04/07 ♦ **Hendrik Dräther** „Schnittstellenprobleme in der Sozialversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung“, Vortrag bei der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf, 05/07 ♦ **Dr. Klaus Jacobs** „Gesundheitsökonomische Evaluation“, Vortrag in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, 05/07 ♦ **Dr. Klaus Jacobs** „Wettbewerb in der GKV nach der Reform“, Podiumsteilnahme beim Hauptstadtkongress, Berlin, 06/07