



Moin , Moin

und

auch ein

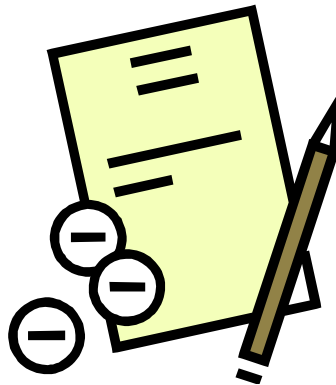
herzliches Willkommen

zum

6. Zwischenahner Dialog
22./23. April 2010



Der regulierte Arzneimittelmarkt



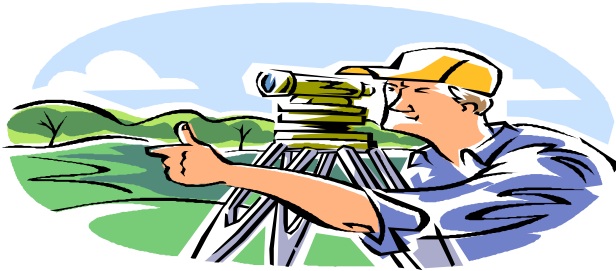
Peter Buschmann

Wenn ein Kapitän
nicht weiß,
welches Ufer er ansteuern soll,
dann ist kein
Wind der richtige.



Seneca

Agenda



Der Arzneimittelmarkt im wirtschaftlichen Gesamtkontext der GKV

Zahlen Pharmaindustrie – GKV
Ausgabenspektrum GKV
Arzneimittel – Kostenaufteilung
Mehrwertsteuer Deutschland – Europa
Zuordnung von Zahlen in der GKV

Regulierungen durch den Gesetzgeber

Gesetzliche Neuordnungen seit 1989
Wirtschaftliche Ergebnisse
Steuerungsinstrumente – Haftung/Zuzahlung
Normadressaten – Makro – Meso – Mikroebene
Neues Arzneimittel im Markt – Regelungsbefugnisse
Gesetzliche Regularien – Handlungsebene
Steigende Arzneimittelausgaben – alle Jahre wieder
Compliance – Ausgabentreiber
Fazit – Ergebnis gesetzliche Regelungen
Koalitionsvertrag + BMG – Koalitionsausschuss 26. März 2010
Arzneimittelmarkt – verändert sich
GKV - Ausblick



Pharmaindustrie in Deutschland

117 000 Beschäftigte

200 Unternehmen

31,15 Mrd. € Gesamtumsatz im Jahr 2008

4,52 Mrd. € für Forschung und Entwicklung
(2008) = 14,5 %

Gesetzliche Krankenversicherung

145 000 Beschäftigte

180 Krankenkassen

160,67 Mrd.€ Ausgabenvolumen p.a. (2008)

davon Verwaltungskosten 8,29 Mrd. € (5,1 %)

Ausgabenspektrum Gesetzliche Krankenversicherung

Gesamtausgaben 2008 160,76 Mrd. €

Steigerungsrate 2007 auf 2008: 4,4 % = 6,8 Mrd. €

Davon entfallen auf:



Krankenhaus 52,57 Mrd. € = 32,7 %

Steigerungsrate 2007 auf 2008: 2,8 % = 1,43 Mrd. €

Arzneimittel 29,23 Mrd. € = 18,1 %

Impfstoffe

Steigerungsrate 2007 auf 2008 : 4.5 % = 1,26 Mrd. €

Ärztliche

Behandlung 24,28 Mrd. € = 15,1 %

Steigerungsrate 2007 auf 2008: 4,3% = 1 Mrd. €

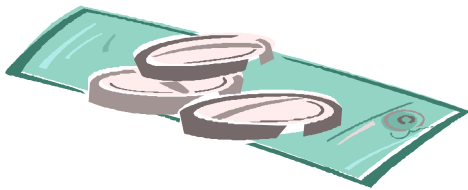
Verwaltung 8,29 Mrd. € = 5,1 %

Steigerungsrate 2007 auf 2008: 1,2 % = 950 Mio. €

Krankengeld 6,56 Mrd. € = 4,1 %

Steigerungsrate 2007 auf 2008: 8,4 % = 520 Mio. €

Verteilung/Vertrieb der Kosten der Arzneimittel von 29,23 Mrd. €



4 %	=	1,1 Mrd. €	über Großhandel
15 %	=	4,38 Mrd. €	über Apotheke
19 %	=	5,55 Mrd. €	Mehrwertsteuer
62 %	=	18,1 Mrd. €	Pharmazeutische Industrie

Mehrwertsteuersätze auf Arzneimittel in Europa



Dänemark 25 % Bulgarien 20 %
Deutschland 19 %



sind die einzigen Länder in Europa mit einem vollen Mehrwertsteuersatz auf alle Arzneimittel in Europa

Möglichkeiten der Differenzierung von Mehrwertsteuer auf Arzneimittel.

Z.B.:

- Österreich 20 %, aber 0 % auf erstattete Arzneimittel
- Finnland 8 % auf alle Arzneimittel
- Ungarn 5 % auf alle Arzneimittel
- Niederlande 6 % für die verschreibungspflichtigen Arzneimittel, 19 % für andere
- Spanien 4 % für die verschreibungspflichtigen Arzneimittel und 16 % für andere

(Quelle : Europäisches Verbraucherzentrum)

Zuordnung von Zahlen

(Einordnung/ Gewichtung von Zahlen in der öffentlichen Diskussion)

Gesamtausgaben gKV versus Arzneimittelkosten

Ausgaben GKV 2008 p.a. 160,67 Mrd. €

bei einem Beitragssatz von 14,9 %
entsprechen

1 % 1,6067 Mrd. € p.a.
0,1 % 160,67 Mio € p.a.

Arzneimittelkosten 2008 p.a. 29,23 Mrd. €

davon
entsprechen

1 % 292,3 Mio. €
0,1 % 29,23 Mio €



Gewichtung des Beitragssatzes von 14,9 % für den einzelnen Versicherten.



Durchschnittsverdienst

2009 : 30.879 € p.a.

= 2.573,25 € mtl.

(Quelle : Deutsche Rentenversicherung)

Beitragsbemessungsgrenze GKV : 44.100 € p.a., 3.675 € mtl.

1 % = mtl.: 25,73 €
p.a.: 308,40 €

0,1 % = mtl.: 2,57 €
p.a.: 30,84 €

(davon tragen 50 % Arbeitgeber/Rentenversicherung, 50 % Arbeitnehmer)

Gibt es eine Bereitschaft zur Übernahme von Eigenleistungen statt Beitragssatzerhöhungen durch GKV – Versicherte ?

Verschiedene Umfragen belegen, dass die Versicherten die bestmögliche gesundheitliche Versorgung zum Nulltarif haben möchten:



- Nach einer Forsa – Umfrage:
„Soll die GKV nur die unbedingt notwendigen Grundleistungen bezahlen?“
antworteten:
21 % mit „ja“
79 % mit „nein“
- Nach einer Emnid – Umfrage:
„Die GKV muss sich auf die wesentlichen und notwendigen Leistungen konzentrieren“
antworteten:
23 % mit „ja“
77 % mit „nein“

Die Bereitschaft zur Eigenleistung ist damit nicht mehrheitlich belegt und nicht eindeutig.

Kann diese Haltung in einer überalternden Gesellschaft mit ständig steigenden Gesundheitskosten Maßstab politischen Handelns sein?

Nach einer alten Volksweisheit kann man Menschen mit Zahlen erschlagen.

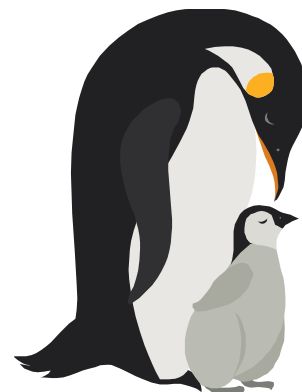
Dies ist nicht die Absicht der hier aufgeführten Zahlen und deren Einordnung.

Die hier genannten Zahlen sollen vielmehr nur der Bewertung von Vorgängen in der öffentlichen und politischen Diskussion dienen und ihre Bewertung für jeden einzelnen vereinfachen.

Sie sollen aber auch die Zuordnung und Bewertungen der folgenden Ausführungen zum

„Regulierten Arzneimittelmarkt“

erleichtern.



Regulierungen durch den Gesetzgeber



- Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989
- Gesundheitsstrukturgesetz 1993
- Beitragsentlastungsgesetz 1997
- 1. GKV-Neuordnungsgesetz 1997
- 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997
- GKV–Finanzstärkungsgesetz 1998
- GKV–Solidaritätsstärkungsgesetz 1998
- GKV–Gesundheitsreform 2000 2000
- **Festbetrags-Neuordnungsgesetz 2001**
- **Festbetrags-Anpassungsgesetz 2001**
- **Arzneimittelbudget-
Anpassungsgesetz 2001**
- **Arzneimittelbudget-
Ablösungsgesetz 2002**
- **Arzneimittelausgaben–
Begrenzungsgesetz 2002**
- Fallpauschalen–Gesetz 2002
- Beitragssicherungsgesetz 2003
- GKV–Modernisierungsgesetz 2004
- **Arzneimittel-Versorgungs–
Wirtschaftlichkeitsgesetz 2006**
- **GKV–Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007**

- GKV – Organisations – Weiterentwicklungsgesetz 2008
- Weitere, nicht gezählte Änderungsgesetze zum SGB V

Jedes Jahr ein neues Gesetz. Der Bundesgesetzgeber – Bundestag und Bundesrat - wirkt im Gesundheitswesen aufgrund konkurrierender Gesetzgebungszuständigkeit nach Art. 74 Abs. 1 Grundgesetz wie getrieben, aber nicht orientiert.

Jede Bundesregierung, jeder Bundesgesundheitsminister/ Bundesministerin, egal ob CDU, CSU, SPD, Grüne, FDP hat seit 1989 regulierend mit dem Ziel der Kostensenkung in die GKV eingegriffen.

Neben diesen 20 neuen Gesetzen gibt es zudem nicht mehr zählbare untergesetzliche Regelungen, weit über 1000 - Verordnungen etc .

Ein schönes Beispiel :Arzneimittelpreisverordnung



Und die Ergebnisse?

Kostensteigerung der Gesundheitsausgaben von 1992 – 2007 in Prozent :

- **Ärztliche Leistungen** 53,4 %
Durchschnittlich p.a.: 3,38 %
- **Ausgaben für Gesundheit insgesamt** 60,4 %
Durchschnittlich p.a.: 3,78 %
- **Arzneimittel** 63,9 %
Durchschnittlich p.a.: 4,0 %
- **Prävention/Gesundheitsschutz** 66,0 %
Durchschnittlich p.a.: 4,13 %
- **Verwaltung** 69,3 %
Durchschnittlich p.a.: 4,33 %
- **Sonstiger medizinischer Bedarf** 81,6 %
Durchschnittlich p.a.: 5,10 %
- **Pflegerische /Therapeutische Leistungen** 82,7 %
Durchschnittlich p.a.: 5,17 %

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

Krankenhausausgaben GKV 2002 – 2008 nach Einführung des Fallpauschalengesetzes

2002	46,2 Mrd. €	2006	50,2 Mrd. €
2003	46,6 Mrd. €	2007	50,7 Mrd. €
2004	47,6 Mrd. €	2008	52,8 Mrd. €
2005	49,0 Mrd. €		

(Quelle BMG)

Steigerungsrate 2002 – 2008 : 14,3 %

Welche Instrumente verbergen sich hinter den gesetzlichen Neuregelungen und wer wird in die Haftung genommen und / oder zahlt?



Beispielhaft :

Wirtschaftlichkeitsprüfung § 106 SGB V – Ärzte

(vollkommen neu gefasst 1998)

Richtgrößen

§§ 84,106 SGB V

- Ärzte

Bonus – Malus – Regelung

- Ärzte

§ 84 SGB V

Festbetragsregelung - GKV - Versicherte

§§ 35 ff SGB V - Zuzahlung

(Festlegung entweder durch Spitzenverbände der Krankenkassen oder vom BMG)

Zwangsrabatte § 130 a SGB V - Pharmaindustrie

(10 % Rabatt auf Abgabepreise auf Arzneimittel aus dem generikafähigen Markt)

Preismoratorium § 130 a SGB V - Pharmaindustrie

(Einfrieren der Herstellerabgabepreise für 2 Jahre ab 1.11. 2005)

Die gesetzlichen Regelungen wenden sich an eine Vielzahl von Normadressaten des SGB V mit unterschiedlichen Interessen:

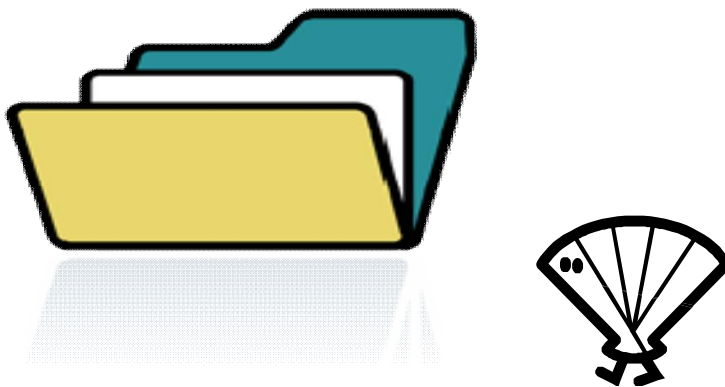


- Pharmazeutische Industrie
- Apotheker mit ihren Körperschaften oder Vereinigungen auf Bundes – und Landesebene
- Kassenärzte mit ihren jeweiligen Körperschaften auf Bundes – und Landesebene
- Gesetzliche Krankenkassen mit dem Spitzenverband Bund und den Bundes – und Landesorganisationen der vielfältigen gesetzlichen Körperschaften der gesetzlichen Krankenkassen
- Landesarbeitsgemeinschaften der gesetzlichen Krankenkassen
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Bundesversicherungsamt
- Aufsichten der Länder
- Andere Prüfungsgremien

Diese Normadressaten sind tiefgestaffelt:



Makroebene - gesamte GKV – Markt mit allen
(Bund) Kassen und Leistungserbringern
Nationale Gesetzgebung mit Regelungsbefugnissen für
Preisvereinbarungen, Preisstopps,
Zwangsrabattierung, Verbot von
Naturalrabatten



Mesoebene - Regelungsbefugnisse für
(Land) Richtgrößen, Festbeträge,
Organisationsebene Bonus – Malus – Regelungen,

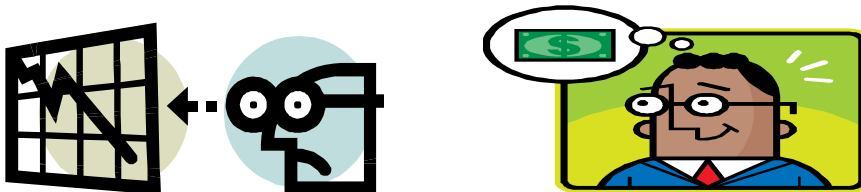
Arzneimittelrichtlinien

RA Peter Buschmann
Zwischenahner Dialog 2010 der regulierte AM-Markt



Mikroebene - Arzneimittelrichtlinien,
(einzelner Arzt) Einschränkungen der
Handlungsebene Verordnungsfreiheit,
Nutzenbewertung,
Höchstpreise, Zweitmeinung.

Mit dieser differenzierten Interessenlage kann die Makroebene die Mikroebene nicht erreichen – die Mikroebene entscheidet aber über die Wirtschaftlichkeit der GKV.



Zusätzliche Aspekte :



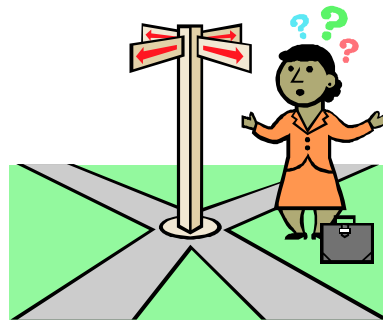
1. Die Regelungsmechanismen des Gesetzgebers behindern den freien Wettbewerb im Arzneimittelmarkt.
2. Gesetzlich mögliche Preisvereinbarungen werden durch gesetzliche Regelungen zur Preisbildung behindert.
3. Aufgrund dieser Wettbewerbsbeschränkungen nutzt der Markt die „Regelungslücken“. So minimieren sich die wirtschaftlichen Absichten der gesetzlichen Regelungen.
4. Die gesetzliche Regelungsvielfalt auf der Makroebene steht nicht im Einklang mit § 70 I SGB V, der die Leistungserbringer zu einer bedarfsgerechten, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung der Versicherten verpflichtet.
5. Die Richtgrößenprüfung führt zur Mengengbegrenzung – Rabattverträge und Leitsubstanzquoten ziehen eine Mengenausweitung nach sich.
6. Die Rolle des GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) ist ökonomisch nicht unterstützend zu § 70 Abs. 1 ausgerichtet – nach Qualität, Wirtschaftlichkeit, Humanität

Weitere merkwürdige Ergebnisse.

Für manche Arzneimittel gelten:

- Generikarabatt

- Festbetrag



- Leitsubstanzquoten

- Zuzahlungsbefreiungsgrenze

Auch noch möglich für ein Arzneimittel:

Festbetrag und Höchstbetrag

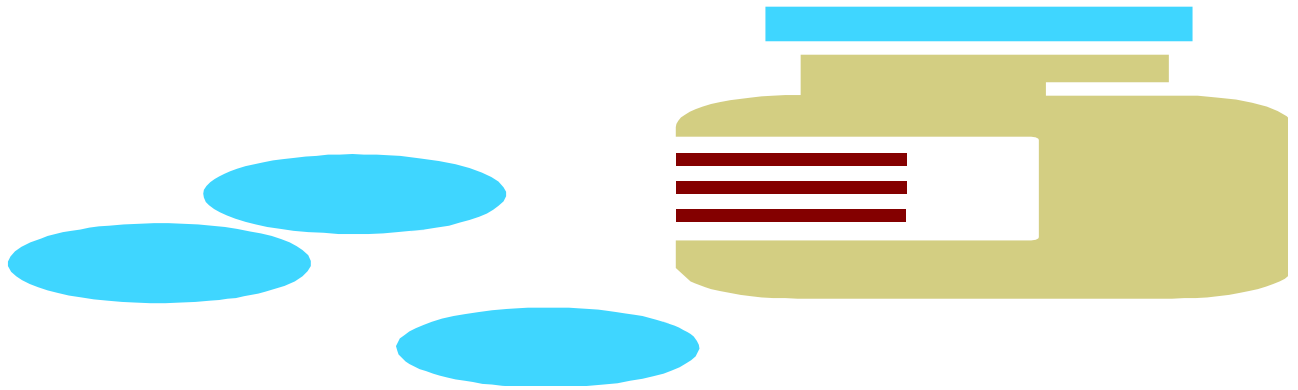


RA Peter Buschmann
Zwischenahner Dialog 2010 – Der regulierte AM - Markt

Ein neues Arzneimittel im Markt der GKV

(nach Zulassung durch den Bundesausschuss)

Vorschriften SGB V



- Zweitmeinungsverfahren (§ 73 d)
- Therapiehinweis (§ 92 Abs 1) Richtlinien
Gemeinsamer Bundesausschuss
- Ausschluss (§ 92 Abs.1)
- Höchstbetragsfestsetzung nach Kosten – Nutzen-
Bewertung (§ 31 Abs. II a 1)
- Höchstbetrag-Vereinbarung (§ 31 Abs. 2)
- Festbetrag (§ 35 Abs. 1)

Bedeutung dieser gesetzlichen Regularien auf der Handlungsebene.

(Vorschriften nach SGB V)

1. Zu beachten hat der Vertragsarzt:



§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

§ 70 Qualität , Humanität,
Wirtschaftlichkeit

§ 129 I Substitution

Damoklesschwert :

Richtgrößenprüfung - Regress §§ 73d,84, 106

2. Den Patienten trifft:



§ 31 III ,61

Zuzahlungspflicht

oder

§ 31 III S.4

Zuzahlungsbefreiung

3. Die Apotheke hat umzusetzen:



§ 129 Substitutionspflicht und Auswahlgebot



Ein anderes Beispiel : Off – Label – Use

GBA lehnt Kostenübernahme GKV ab.

Aufgrund Zustimmung von Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, European Medicines Agency Off – Label- Use möglich.

Was bleibt und ist geregelt :

Regressrisiko (§ 106) trifft den Arzt

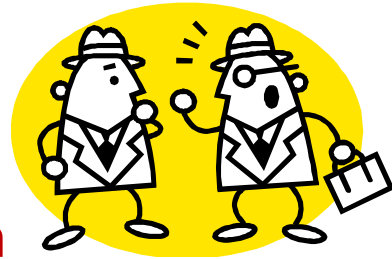
Haftungsrecht – zivilrechtliche Vorschriften – trifft auch den Arzt

Also : Latente Zugangsbeschränkung

wegen Regress und Haftungsrisiko



Alle Jahre wieder der gleiche Vorwurf :



Steigende Arzneimittelausgaben

Steigen nur die Ausgaben für Arzneimittel?

Veränderungsraten 2007 – 2008

Angaben : BMG – KV 45 . Die Zahlen von 2009 auf 2010 lagen bei Redaktionsschluss Vortrag noch nicht vor.

Arzneimittel : 4,5 %

In Zahlen :

Als einzige Zahl für Ausgabensteigerung von 2008 auf 2009 argumentieren die Krankenkassen nur mit Ausgabensteigerungen für Arzneimittel vor : 5,4 %

Ärztliche Behandlung : 4,3 %

In Zahlen:

Krankenhaus : 2,8 %

In Zahlen:

Krankengeld : 8,4 %

Ein vernachlässigter Ausgabenfaktor, der diese Steigerungen mit intendiert, aber immer vergessen wird :

Compliance

Schlechte Compliance und deren Auswirkungen auf die Ausgaben der GKV:

- Es gibt keine verlässlichen Zahlen.
- **Schätzungen liegen bei 10 Mrd. € Mehraufwand durch schlechte Compliance p.a.**

(nach Kissling. TU München – SZ vom 26.01.10)



EMNID – Umfrage 1996 zur Compliance

19 % der Patienten haben Angst vor Nebenwirkungen

Zur Einnahmep Praxis :

15 % der Patienten nehmen Medikamente nicht, weil sie Angst vor Nebenwirkungen haben

17 % waren vor Einnahme schon gesund geworden

17 % hatten die Einnahme oder die ärztlichen Anweisungen vergessen

14 % nahmen nur ein bei Schmerzen

(nach Petermann 1998 : Compliance und Selbstmanagement)

Diese nicht eingenommenen Medikamente bewirken:



- Ausbruch von Erkrankungen
- Wiederausbruch von Erkrankungen
- Folgeerkrankungen
- Vermehrte Krankenhausaufenthalte
- Krankengeldzahlungen

Ein Beispiel: 50 % der verschriebenen Psychopharmaka werden von den Patienten nicht eingenommen. Jede zweite psychiatrische Krankenhauseinweisung lässt sich vermeiden.
(nach Kissling –TU München, Psychiatrische Praxis Bd. 36, S. 258,2009 – SZ vom 26.01.10)

Diese ökonomisch negativen Auswirkungen auf den Beitragssatz finden in den Medien keine Resonanz bzw. werden gar nicht politisch diskutiert.

Compliance ist ein medizinisches, ethisches und finanzielles Problem – es muss rasch gelöst werden.



Fazit regulierter Arzneimittelmarkt:

1. Die gesetzlichen Regulierungsinstrumente haben ihr wirtschaftliches Ziel nicht erreicht.
2. Für Kostensteigerungen in der GKV trägt der Versicherte häufig auch selbst die Verantwortung.
Dieses Thema gelangt aber nicht in die öffentliche Diskussion.
3. Der hier dargestellte gesetzlich überregulierte Arzneimittelmarkt verhindert Wettbewerb, erreicht die handelnden Leistungserbringer nicht, wird den Forschungsstandort Deutschland schwächen.
4. Ungesagt bleibt auch: Die Überalterung der Gesellschaft mit der medizinischen Entwicklung wirkt kostentreibend für die Ausgaben der GKV.
5. Die Verantwortung für Auswahl und Kosten sind falsch verteilt.
6. Für die Pharmaindustrie fehlt es am Vertrauen für langfristige Planungssicherheit und Umsatzchancen
7. Die Patienten sind verunsichert.
8. Rahmenbedingungen für die GKV vollkommen unklar

Angebracht wäre auch mehr Ehrlichkeit und Sachlichkeit in der öffentlichen Diskussion und weniger politische Scheingefechte um Scheinsachverhalte.



Mehr Inhalt,
weniger Kunst

(Shakespeare, Hamlet)

Vorhaben im Koalitionsvertrag

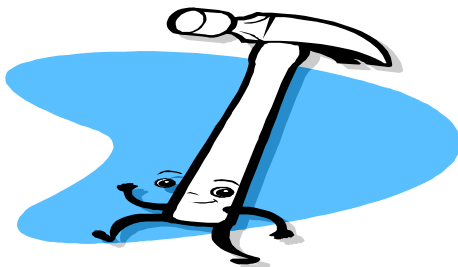


1. **Abbau der Überregulierung**
2. **Keine Änderung der Mehr - und Fremdbesitzregelung**
3. **Bessere Nutzung der Chancen innovativer Arzneimittel für Patientinnen/Patienten**
4. **Wachstum und Beschäftigung ohne Gefährdung der Finanzierung**
5. **Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern**
6. **Kosten – Nutzen – Bewertungen nach klaren, praktikablen eindeutigen Kriterien**
7. **Überprüfung der Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**

Es gibt einen **neuen (?)** Vorschlag des neuen **Bundesgesundheitsministers vom 26. März 2010** zur Kostenentwicklung in der GKV – wie üblich politisch laut vorgetragen.



Wie üblich befasst er sich mit Arzneimitteln



Im Einzelnen – analog der Nummerierung des Eckpunktepapiers des BMG vom 26. März 2010

1. Handlungsbedarf

Sparsumme 1,45 Mrd. € -

wo bleibt der Handlungsbedarf bei einem steuerfinanzierten , geplanten Defizit von mehr als 11,8 Mrd. € in 2010?

Tarifsteigerungen/Kosten wegen Überalterung etc. werden diese kleine Summe von 1,45 Mrd. € nicht wirken lassen – weniger als 1% des Gesamtaufwandes der GKV.

2. Ziele

Beste und wirksamste Arzneimittel im Krankheitsfall – ist doch jetzt schon nicht gegeben durch Rabattverträge und Generika.

Verordnungen müssen wirtschaftlich und kosteneffizienz sein – wirtschaftlich bedeutet nicht nur Arzneimittelpreise sondern auch Kostennutzen durch vermiedene Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche etc. - dies wird permanent ausgeblendet

Verlässliche Rahmenbedingungen für Innovationen – wo bleibt dies bei Zunahme von Generika und Rabattverträgen, wenn der Markt für neue Arzneimittel immer mehr abnimmt?

Ist dies: Abbau von Überregulierung ?

3. Erstattung innovativer Arzneimittel

Off Label Use bleibt

Kosten – Nutzen – Bewertung bleibt

GBA – Entscheidung bei Arzneimitteln ohne Zusatznutzen – wie kann diese Entscheidung ein politisch besetztes Gremium treffen?

Kassen verhandeln mit Pharma – Unternehmen – gibt es schon lange, wird aber nicht genutzt von den Kassen.

Ist dies: Kosten – Nutzen Bewertungen nach klaren praktikablen eindeutigen Kriterien ?

4. Festbetragsmarkt

Bleibt erhalten – Zuzahlungsgrenzen (30 % unter Festbetrag) werden berücksichtigt-
Preisspirale nach unten

Rabattverträge werden weiterentwickelt.

Ergebnis für beides : Abschöpfung von oben , aber keine Betrachtung von wirtschaftlicher und notwendiger GKV – Gesamtsicht.

5. Deregulierung

Verschlinkung Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Bonus – Malus, Zweitmeinung – wie genau unbekannt, mehr Bürokratie ??? Abbau von Überregulierung???

RA Peter Buschmann

Zwischenahner Dialog – Der regulierte AM-Markt

6. Arbeit des IQWiQ Stärkung der Arbeit – wie ?

7. Vertriebsweg

Versandhandel durch Pick – up- Stellen wird unterbunden. Sollte dies die einzig neue positive Regelung sein ?

8. Kurzfristige Entlastungen

- Abschlag für Arzneimittel ohne Festbetrag - Anhebung von 6 % auf 16 %
- Preisstopp vom 1. August 2009 bis 31.12. 2013
- Überprüfung Zytostatika- Versorgung auf wirtschaftliche Versorgung.

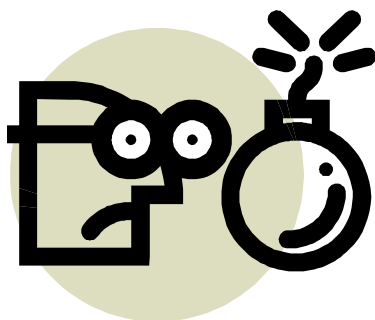
Ist dies : Wachstum und Beschäftigung ohne Gefährdung ?



Ergebnis Eckpunktepapier vom 26. März 2010 :

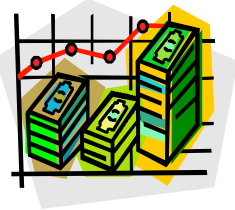
- 1. Die Regelungen treffen die Besonderheiten des Marktes nicht,**
- 2. belasten den F + E Standort Deutschland, der jetzt schon abgeschlagen ist ,**
- 3. sind wirtschaftlich ohne jedes Ergebnis im GKV – Markt.**

Diese Regelungen zerstören nur, helfen aber nicht.



Eins aber bleibt bei dieser unwirksamen politischen Vorgehensweise:

Der ökonomische Druck auf die gesetzliche Krankenversicherung in einer überalternden Gesellschaft wird immer stärker werden und nicht abnehmen. Es wird nicht alles bezahlt werden können.



- I. Der Arzneimittelmarkt wird sich daher verändern:
 1. Es wird immer mehr Arzneimittel mit Mehrnutzen und hoher Aufzahlung durch die Versicherten geben.
 2. Es wird eine Arzneimittel – Negativliste geben – für Arzneimittel, die nicht von der GKV erstattet werden.
 3. Es wird kassenindividuelle Arzneimittelisten geben – Mittel, die von einer bestimmten Kasse erstattet werden – mit der Verpflichtung des Arztes listenkonform zu verordnen.
 4. Die Hersteller werden den Kassen Rabatte gewähren, um in den kassenindividuellen Arzneimittelisten der Krankenkassen gelistet zu werden.

II. Die GKV wird sich auch verändern müssen:



1. Die Einführung einer Basisversorgung für alle Versicherten.
2. Neben der Basisversorgung werden die Kassen zusätzliche Satzungsleistungen und Wahltarife anbieten.
3. Zusatzleistungen werden den Wettbewerb zwischen GKV und PKV verschärfen – die GKV wird ihre Position verschlechtern.
4. Gesellschaftspolitisch wird die Schere in der Gesundheitsversorgung zwischen „arm“ und „reich“ immer größer werden.

Welcher Politiker traut sich, diese Erkenntnisse den Wählern zu vermitteln?



Wer die Wahrheit sagt,
braucht ein schnelles Pferd.

(Armenisches Sprichwort)



RA Peter Buschmann
Zwischenahner Dialog 2010- Der regulierte Arzneimittelmarkt

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Peter Buschmann, Rechtsanwalt

Schwerpunkte: Arbeits – Gesellschafts- Medizin-und Strafrecht
im Gesundheitswesen

Ehestorfer Heuweg 45 – 21149 Hamburg

Tel.: 040 796 51 56

Fax: 040 796 46 85

Mobile : 0172 430 53 96

E – Mail : peter.o.buschmann13@t-online.de

Website : www.peter-buschmann.de

