

Verordnungsreport Elsass – Baden-Württemberg

Gegenüberstellung der im Elsass und in Baden-Württemberg
zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungssysteme
ausgestellten Arzneimittelverordnungen des Jahres 2012

September 2015



Autoren

Dr. Petra Walter	Leiterin Verordnungscontrolling beim MDK Baden-Württemberg Ärztin für Innere Medizin Ärztliches Qualitätsmanagement Sozialmedizin, Diabetologin DDG
Dr. Ursula Descamps	Médecin-conseil Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
Julia Schatt	Apothekerin Homöopathie und Naturheilkunde MDK Baden-Württemberg
Markus Schnurr B. A.	Bachelor of Arts Sozialversicherung Krankenkassenbetriebswirt MDK Baden-Württemberg

Herausgeber MDK Baden-Württemberg
Ahornweg 2
77933 Lahr

Redaktion Dr. Petra Walter
E-Mail: petra.walter@mdkbw.de
Dr. Ursula Descamps
E-Mail: ursula.descamps@ersm-strasbourg.cnamts.fr

Druck M+M Druck GmbH
Mittelgewannweg 15
69123 Heidelberg
ISBN 978-3-00-050604-8

Copyright Alle Rechte vorbehalten. Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede vom Urheberrechtsgesetz nicht zugelassene Verwertung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des MDK Baden-Württemberg. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigung (Fotokopien/Mikrokopien), Bearbeitung, Übersetzung, Einspeicherung, Weitergabe von Inhalten bzw. Verarbeitung in Datenbanken oder anderen elektronischen Medien und Systemen.

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

mit diesem Report möchten wir Sie zu einer kleinen Reise entlang des Rheins einladen und auf die Arzneimittelverordnungen der niedergelassenen Ärzte im Elsass und in Baden-Württemberg blicken.

Gemeinsam mit dem Service Médical d'Alsace-Moselle präsentieren wir Ihnen die zu Lasten der jeweiligen Sozialversicherungssysteme (Régime Général bzw. gesetzliche Krankenversicherung) verordneten Arzneimittel unter quantitativen und – sofern möglich – qualitativen Gesichtspunkten.

Bereits im Jahr 2002 verlief ein ähnlich gestaltetes Kooperationsprojekt sehr erfolgreich, so dass wir den damals für die Regionen Elsass und Baden gesponnenen Faden wieder aufnehmen und nun auf ganz Baden-Württemberg ausdehnen möchten.

Im Anschluss an die Gegenüberstellung der wichtigsten Kennzahlen beider Länder bzw. Regionen folgt eine Beschreibung des französischen Gesundheitssystems. In Kapitel 5.1 wird das Verfahren der Arzneimittelpreisfindung unserer französischen Nachbarn ausführlich beschrieben – bei der Einführung des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 hatte die Grande Nation teilweise Vorbildcharakter.

Umgekehrt blicken die französischen Politiker und Kostenträger häufig auch auf die deutsche Rheinseite: In Frankreich gibt es zwar gewisse Boni für die Einhaltung nationaler Qualitätsziele und in begrenztem Umfang auch Festbeträge, Leitsubstanzen und regionale Zielvereinbarungen; Richtgrößen oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen kennt man in Frankreich jedoch nicht.

Neben dem ausführlichen Vergleich der Ordnungsweise der niedergelassenen Ärzte in beiden Regionen präsentieren wir Ihnen noch einige Auswertungen zur spezifischen Therapie nicht insulinpflichtiger Typ 2 Diabetiker.

Haben wir Ihre Neugierde geweckt? Dann wünschen wir Ihnen jetzt eine spannende Lektüre!

Erik Scherb
Geschäftsführer

PD Dr. Matthias Mohrmann
Leitender Arzt

Dr. Petra Walter
Leiterin Ordnungscontrolling

Ein ganz besonderes Dankeschön gilt an dieser Stelle unserer Koautorin Frau Dr. Ursula Descamps sowie Herrn Dr. Francis Chinaud, die uns beim Verständnis des französischen Systems unterstützt und die entsprechenden Daten und Auswertungen zur Verfügung gestellt haben.

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung.....	9
2.	Strukturdaten Frankreich – Deutschland	11
3.	Die Gesundheitssysteme in Frankreich und Deutschland im internationalen Vergleich.....	12
3.1	Gesundheitsversorgung	12
3.2	Morbidität / Mortalität	14
3.2.1	Todesursachenstatistik.....	16
3.3	Gesundheitsausgaben	19
3.4	Ambulante (vertrags-)ärztliche Versorgung.....	22
4	Die gesetzliche Krankenversicherung.....	25
4.1	Die Krankenversicherung in Frankreich,,	25
4.2	Altersstruktur	28
4.3	Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 2012 nach Leistungsbereichen.....	30
5.	Regulierung der Arzneimittelpreise und Auswertungsgrundlagen.....	32
5.1	Arzneimittelpreise und -ausgabensteuerung in Frankreich,.....	32
5.2	Arzneimittelpreise und -ausgabensteuerung in Deutschland.....	38
5.3	Methodik, Datengrundlage und Ziele der folgenden Arzneimittelanalysen.....	40
5.3.1	Datengrundlage des Service médical Alsace-Moselle	41
5.3.2	Datengrundlage der Abteilung Verordnungscontrolling beim MDK Baden-Württemberg.....	42
6.	Arzneimittelausgaben	43
6.1	Arzneimittelausgaben in Frankreich	43
6.2	Arzneimittelausgaben der GKV bundesweit 2006 – 2012.....	44
6.3	Arzneimittelausgaben zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung Elsass – Baden-Württemberg	45
7	Arzneimittelkennzahlen Elsass – Baden-Württemberg 2012.....	46
7.1	Kosten, Verordnungen und DDD nach Marktsegmenten	47
7.2	Durchschnittliche jährliche Arzneimittelkosten nach Alter der Patienten	48
8	Auswertungen nach Indikationsgebieten und Wirkstoffen	49
8.1	ATC-Codes der „V“-Gruppe (Varia)	49
8.2	Darstellung der kostenintensivsten Indikationsgruppen und ihrer Top 3 Wirkstoffe ...	51
8.2.1	Top 20 Indikationsgruppen und Wirkstoffe nach Kosten: Elsass	51
8.2.2	Top 20 Indikationsgruppen und Wirkstoffe nach Kosten: Baden-Württemberg.....	54
8.3	TOP Wirkstoffe nach DDD	57
8.3.1	Top Wirkstoffe nach DDD – Elsass.....	57
8.3.2	Wirkstoffe nach DDD – Baden-Württemberg	58
8.3.3	Top Wirkstoffe nach DDD: Verteilung nach Patientenalter – Elsass.....	59
8.3.4	Top Wirkstoffe: Verteilung nach Patientenalter – Baden-Württemberg.....	62
8.4	Interpretation und Vergleich der kostenintensivsten Indikationsgruppen bzw. verordnungsstärksten Wirkstoffe der beiden Regionen.....	64
9.	Arzneimittelverordnungen nach Fachgruppen	76
9.1	Top Wirkstoffe nach DDD und Fachgruppe – Elsass	77
9.2	Top Wirkstoffe nach DDD und Fachgruppe – Baden-Württemberg	78
9.2.1	Top Wirkstoffe nach DDD bei Allgemeinmedizinerinnen – Elsass	81

9.2.2	Top Wirkstoffe nach DDD bei Hausärzten – Baden-Württemberg	82
9.2.3	Top Wirkstoffe bei Kardiologen – Elsass	83
9.2.4	Top Wirkstoffe bei Kardiologen – Baden-Württemberg	84
9.2.5	Top Wirkstoffe bei Rheumatologen – Elsass	87
9.2.6	Top Wirkstoffe bei Rheumatologen – Baden-Württemberg.....	89
10.	Diabetes Mellitus.....	91
10.1	Diabetesversorgung	91
10.2	Medikamentöse Diabetesbehandlung im Elsass und in Baden-Württemberg	92
10.2.1	Orale Antidiabetika und GLP-1-Analoga.....	94
10.3	Zusammenfassung: Medikamentöse Therapie bei nicht-insulinpflichtigem Typ 2 Diabetes mellitus.....	97

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Westeuropa, Elsass, Baden-Württemberg.....	11
Abb. 2:	Internationaler Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme	13
Abb. 3:	Eigenanteile erwachsener Patienten an den Behandlungskosten im internationalen Vergleich.....	14
Abb. 4:	Verteilung der Todesursachen: Elsass vs. Baden-Württemberg.....	18
Abb. 5:	Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben: Anteil am Bruttoinlandsprodukt (%) bzw. Wert in US-Dollar Kaufkraftparitäten je Einwohner – 2012'	19
Abb. 6:	Verteilung der Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen nach Sektoren 2011: Frankreich vs. BRD.....	21
Abb. 7:	Arztdichte (je 100.000 Einwohner) nach Kantonen im Elsass.....	22
Abb. 8:	Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt und –psychotherapeut in Baden-Württemberg 23	
Abb. 9:	Altersstruktur der Bevölkerung bzw. der Versicherten der allgemeinen Krankenversicherung: Elsass	28
Abb. 10:	Altersstruktur der Bevölkerung bzw. GKV-Versicherten 2012: Baden-Württemberg ...	29
Abb. 11:	Ausgabenverteilung bzw. Ausgaben je Versichertem 2012: Allgemeine Krankenversicherung in Frankreich vs. GKV Deutschland.....	30
Abb. 12:	Arzneimittel-Preisstruktur: Frankreich vs. Deutschland	40
Abb. 13:	Arzneimittelausgaben gesamt vs. Ausgaben der Allgemeinen Krankenversicherung: Frankreich.....	43
Abb. 14:	Ausgaben für Arzneimittel (Apotheken, Versandhandel und Sonstiges): GKV bundesweit.....	44
Abb. 15:	Ausgaben je Versichertem 2008 – 2012: Allgemeine Krankenversicherung Frankreich/Elsass vs. GKV Deutschland.....	45
Abb. 16:	Arzneimittelausgaben der Allgemeinen Krankenversicherung 2008 – 2012: Elsass.....	45
Abb. 17:	Bruttoarzneimittelkosten 2006 – 2012: GKV Baden-Württemberg.....	46
Abb. 18:	Kosten-, Verordnungs- und DDD-Anteile nach Marktsegmenten: Elsass vs. BW	48
Abb. 19:	AM-Kosten nach Alter der RP: Elsass vs. Baden-Württemberg	49
Abb. 20:	DDD- und Kostenverteilung oraler Antidiabetika und GLP-1-Analoga.....	94
Abb. 21:	DDD-Verteilung innerhalb der Sulfonylharnstoff-Verordnungen	96
Abb. 22:	Top OAD und GLP-1-Analoga: DDD-Mengen je Rezeptpatient	97

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Vergleich Strukturdaten Frankreich, Elsass vs. BRD, Baden-Württemberg,	12
Tab. 2:	Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen Frankreich – BRD 2011.....	20
Tab. 3:	OECD-Daten: Morbidität / Mortalität	15
Tab. 4:	Todesursachen in Frankreich und Elsass.....	16
Tab. 5:	Todesursachen in Deutschland und Baden-Württemberg.....	17
Tab. 8:	AM-Kennzahlen der Allgemeinen Krankenversicherung Elsass vs. GKV Baden- Württemberg.....	47
Tab. 9:	Aufschlüsselung der Rezepturen (ATC V70), Top-Wirkstoffe innerhalb V70 B – Baden- Württemberg.....	51
Tab. 10:	Top 20 Indikationsgruppen (ATC 2) sowie Top 3 Wirkstoffe nach Kosten – Elsass.....	54
Tab. 11:	Top 20 Indikationsgruppen (ATC 2) sowie Top 3 Wirkstoffe nach Kosten – Baden- Württemberg.....	57
Tab. 12:	Top 20 Wirkstoffe nach DDD – Elsass.....	58
Tab. 13:	Top 20 Wirkstoffe nach DDD – Baden-Württemberg	59
Tab. 14:	Top 20 Wirkstoffe nach DDD mit Altersverteilung der Patienten – Elsass	61
Tab. 15:	Top 20 Wirkstoffe nach DDD mit Altersverteilung der Patienten – Baden-Württemberg	64
Tab. 16:	Adalimumab, Etanercept: Kosten je Rezeptpatient – Elsass vs. Baden-Württemberg..	67
Tab. 17:	Tyrosinkinase-Inhibitoren: Vergleich der Behandlungskosten je RP	72
Tab. 18:	Top 20 Aggregate nach Kosten – Baden-Württemberg	75
Tab. 19:	Verteilung der Kosten für Arzneimittel nach Fachrichtung des Verordners.....	76
Tab. 20:	Top 5 Wirkstoffe nach DDD bei relevanten Facharztgruppen – Elsass	78
Tab. 21:	Top 5 Wirkstoffe nach DDD bei relevanten Facharztgruppen – Baden-Württemberg..	80
Tab. 22:	Top 20 Wirkstoffe nach DDD: Allgemeinmediziner – Elsass	81
Tab. 23:	Top 20 Wirkstoffe nach DDD: Hausärzte – Baden-Württemberg	82
Tab. 24:	Top 20 Wirkstoffe nach DDD: Kardiologen – Elsass	83
Tab. 25:	Top 20 Wirkstoffe nach Kosten: Kardiologen – Elsass	84
Tab. 26:	Top 20 Wirkstoffe nach DDD: Kardiologen – Baden-Württemberg.....	85
Tab. 27:	Top 20 Wirkstoffe nach Kosten: Kardiologen – Baden-Württemberg	86
Tab. 28:	Top 20 Wirkstoffe nach DDD: Rheumatologen – Elsass.....	87
Tab. 29:	Top 20 Wirkstoffe nach Kosten bei Rheumatologen – Elsass	88
Tab. 30:	Top 20 Wirkstoffe nach DDD: Rheumatologen – Baden-Württemberg.....	89
Tab. 31:	Top 20 Wirkstoffe nach Kosten bei Rheumatologen – Baden-Württemberg.....	90
Tab. 32:	Internationaler Vergleich der Diabetesversorgung.....	92
Tab. 33:	Anzahl medikamentös behandelte Diabetiker nach Therapieform – Elsass vs. Baden- Württemberg.....	93

1. Zusammenfassung

Im internationalen Vergleich rangieren die Gesundheitssysteme in Frankreich und Deutschland auf Spitzenplätzen. Allerdings betrifft dies nicht nur die Qualität der medizinischen Versorgung, sondern auch deren Kosten, so dass – trotz deutlicher Strukturunterschiede – beidseits des Rheins gegen kontinuierlich ansteigende Gesundheitsausgaben gekämpft wird.

In beiden EU-Staaten haben die Bürger über die Krankenpflichtversicherung bzw. gesetzliche Krankenversicherung Anspruch auf eine dem aktuellen Stand entsprechende medizinische Behandlung und Versorgung. Der durch die Sozialversicherung in Frankreich übernommene Kostenanteil liegt üblicherweise deutlich unter jenem der GKV in Deutschland, allerdings übernehmen private Zusatzversicherungen in der Regel den Eigenanteil der Patienten.

Bevor ein neues Arzneimittel in Frankreich zu Lasten der Krankenpflichtversicherung verordnet werden darf, muss ein komplexes Bewertungs- und Preisfindungsverfahren durchlaufen werden, das modifiziert und in etwas „abgespeckter“ Form seit 2011 auch im deutschen AMNOG¹-Verfahren wiederzufinden ist. Allerdings erfolgt hier die Preisfestsetzung erst rund ein Jahr nach Markteintritt, d. h. in den ersten 12 Monaten können pharmazeutische Unternehmen in Deutschland die Preise neuer Substanzen noch immer willkürlich festlegen.

Die Kostenübernahme in Frankreich kann auch auf bestimmte Leistungserbringer bzw. Sektoren sowie Teilindikationen eines Arzneimittels beschränkt werden.

Nach Ablauf von 5 Jahren müssen sich Arzneimittel in Frankreich einem neuerlichen Bewertungsverfahren stellen, ansonsten droht die Streichung von der Liste erstattungsfähiger Medikamente.

Bei der Interpretation internationaler Arzneimittelpreise ist die Zusammensetzung der Bruttokosten zu berücksichtigen: Neben Unterschieden bei den Margen für Großhandel und Apotheken gehört beispielsweise der Mehrwertsteuersatz von 2,1 % auf Arzneimittel in Frankreich zu den niedrigsten in Europa (vgl. Finnland, Italien, Österreich jeweils 10 %, Belgien, Niederlande, Portugal jeweils 6 %, Schweiz 2,5 %, Deutschland 19 %, Dänemark und Norwegen jeweils 25 %).²

Unterschiedliche Strukturen in Deutschland und Frankreich erschweren zwar den Vergleich des Arzneimittelmarktes, dennoch lassen sich Rückschlüsse auf Einflussgrößen, Ordnungspräferenzen etc. ziehen:

Die Marktanteile generisch verfügbarer Arzneimittel sind in Frankreich – trotz Fördermaßnahmen der Politik – (noch) erheblich geringer als in Deutschland.

Im Durchschnitt liegen die Arzneimittelkosten je gesetzlich Krankenversichertem mit 436 EUR in 2012 in Baden-Württemberg über jenen im Elsass (412 EUR). Dies scheint maßgeblich an den per se häufig höheren Bruttopreisen in Deutschland zu liegen, wobei – unabhängig vom differierenden Mehrwertsteuersatz – zwischen ordnungsstarken Generika sowie patentgeschützten Arzneimitteln und Analogpräparaten mit bzw. ohne AMNOG-Bewertung unterschieden werden muss:

¹ AMNOG: Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz)

² Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Statistics 2014, S. 14

In Indikationsgebieten mit hohem Mengenfaktor (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus) und hohem Anteil generisch verfügbarer Substanzen (z. B. Antihypertensiva, Statine, ACE-Hemmer, Sartane, Protonenpumpen-Inhibitoren etc.) sind sowohl die Kosten je behandeltem Patienten als auch die Kosten je DDD in Baden-Württemberg in der Regel geringer als im Elsass. Dies liegt insbesondere an den in Deutschland seit Jahren etablierten Festbeträgen, die sich als effiziente Ausgabenbremse erwiesen haben. Hinzu kommen die höheren Quoten von Original- bzw. Analogpräparaten im Elsass sowie die Tatsache, dass in Frankreich in diesen Indikationsbereichen tendenziell mehr DDD je Versichertem verordnet werden. Inwiefern in Baden-Württemberg auch die zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinbarung vertraglich festgelegten Zielvereinbarungen eine Rolle spielen, bleibt unklar, zumal deren Einhaltung bislang weder „belohnt“ noch deren Verfehlung wirklich sanktioniert wird. Indirekt wirken sich auch die zwischen pharmazeutischen Herstellern und Krankenkassen vereinbarten Rabattverträge nach § 130a SGB V aus. Allerdings sind diese Preisnachlässe im Einzelnen nicht öffentlich zugänglich und müssen somit in den vorliegenden Auswertungen (Bruttokosten!) unberücksichtigt bleiben.

Anders sieht es bei Substanzen aus, die im Auswertungsjahr 2012 zwar noch unter Patentschutz standen, aber noch nicht das deutsche AMNOG-Verfahren durchlaufen mussten (Zulassung vor 2011 z. B. Montelukast, Pregabalin, diverse Immunstimulanzien, Immunsuppressiva etc.). Aufgrund der – damals noch unbefristeten – freien Preisfestsetzung durch die pharmazeutischen Unternehmer liegen sowohl die Kosten je DDD als auch die Jahrestherapiekosten erheblich über jenen in Frankreich (z. B. Imatinib, Adalimumab etc.). Das in diesem Bereich mögliche Einsparpotenzial (Preisdifferenz Frankreich – Deutschland) dürfte nach dem Wegfall des Bestandsmarktaufbaus für Deutschland jedenfalls vorerst nicht realisiert werden.

Bei Arzneimitteln, die das AMNOG-Verfahren durchlaufen haben, ist eine eindeutige Annäherung der Preise beider Länder zu verzeichnen.

Als Einflussfaktor auf den Faktor „Kostenunterschiede“ ist auch die Packungsgröße zu nennen: In Deutschland stehen üblicherweise größere Gebinde zur Verfügung, was sich insbesondere auf die in zahlreichen Gegenüberstellungen verwendeten Kosten je DDD niederschlägt: diese fallen im Vergleich zu Frankreich somit tendenziell geringer aus.

Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Regionen betrifft zahlreiche intravenös anzuwendende Arzneimittel: Diese – häufig hochpreisigen – Substanzen dürfen im Elsass nicht von niedergelassenen Ärzten verordnet bzw. appliziert werden. Welche konkreten Auswirkungen diese Regelung auf die Ausgaben hat, lässt sich an dieser Stelle leider nicht beantworten (höhere Kosten durch die stationäre Anwendung oder aber geringere Aufwendungen aufgrund einer besseren Auswahl und Kontrolle der Leistungserbringer im Elsass?).

Im Elsass scheinen bei der ärztlichen Verordnung die Arzneimittelkosten per se bzw. Preisunterschiede zwischen vergleichbaren Wirkstoffen einer Substanzklasse kaum eine Rolle zu spielen: Was die allgemeine Krankenversicherung nicht bezahlt, übernehmen Zusatzversicherungen. Dies gilt auch für Arzneimittel, die in Deutschland laut Arzneimittel-Richtlinie von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ausgeschlossen sind.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte – wie in § 106 SGB V geregelt – finden in Frankreich nicht statt.

2. Strukturdaten Frankreich – Deutschland

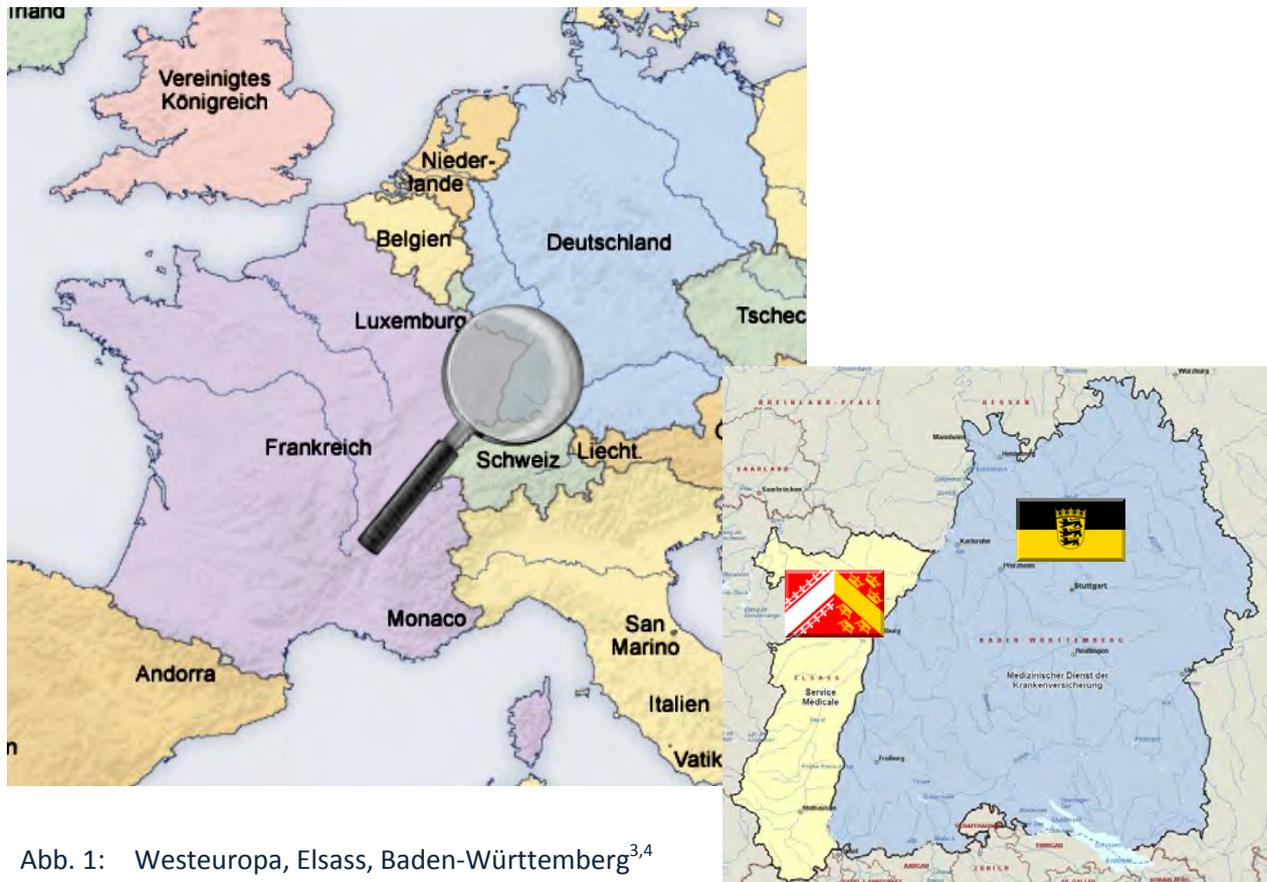


Abb. 1: Westeuropa, Elsass, Baden-Württemberg^{3,4}

Frankreich und Deutschland gehören zu den größten Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Neben dem „Mutterland“ oder der „Metropole“ („La France métropolitaine“) gehören insgesamt acht Übersee-Departements und -Territorien zu Frankreich.

Obwohl Deutschland nur ungefähr halb so groß ist wie Frankreich, leben hier knapp 30 % mehr Menschen als in Frankreich.

Rund 18 % aller Bewohner des französischen Festlands (Metropole) leben im Großraum Paris.

Das Elsass ist mit lediglich 1,5 % der Fläche die kleinste Region Frankreichs. Knapp 3 % der Franzosen leben dort, so dass die Bevölkerungsdichte zwar über dem französischen Durchschnitt liegt, verglichen mit Baden-Württemberg dennoch relativ gering ist (Tab. 1).

Baden-Württemberg ist gut viermal größer als das Elsass und liegt im Ranking nach Einwohnern und Fläche auf Rang 3 der deutschen Bundesländer.

³ http://www.mygeo.info/landkarten/europa/europa_karte_de.png - modifiziert

⁴ Microsoft MapPoint Europa 2013

	 Frankreich	 Elsass	 BRD	 Baden-Württemberg
Bevölkerung	63.409.191	1.857.477	81.843.743	10.786.227
Fläche in km ²	551.200	8.280	357.121	35.751
Einwohner / km ²	114	224	229	302
Männer / Frauen	0.94	0.95	0.97	0,97
Lebenserwartung bei Geburt in Jahren	♂ 78,4 / ♀ 84,8	♂ 78,9 / ♀ 84,4	♂ 77,7 / ♀ 82,7	♂ 79,2 / ♀ 83,6
Ärzte je 100.000 Einwohner ⁵	331	335	418	416

Tab. 1: Strukturdaten Frankreich, Elsass vs. BRD, Baden-Württemberg^{6,7}

3. Die Gesundheitssysteme in Frankreich und Deutschland im internationalen Vergleich

3.1 Gesundheitsversorgung

Im Jahr 2000 verlieh die Weltgesundheitsorganisation dem französischen Gesundheitssystem in puncto Qualität und Versorgung das Prädikat „Bestes Gesundheitssystem der Welt“, Deutschland landete in diesem 191 Staaten umfassenden Vergleich auf Rang 25.

Aus heutiger Sicht fällt die Bewertung nüchterner aus: Frankreich liegt zwar bei den meisten Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung und Kindersterblichkeit über dem OECD-Durchschnitt, doch das System ist chronisch defizitär. Im Gegensatz zu Deutschland blieb der Beitragssatz zur Krankenpflichtversicherung allerdings seit 1995 konstant, er wurde auch nicht an die Ausgabenentwicklung angepasst. Selbst in Krisenjahren gibt es keinen staatlichen Zuschuss, allein das Wirtschaftswachstum soll Kostensteigerungen abfedern.

⁵ Alle Formen der Berufsausübung.

⁶ Agence régionale de Santé d'Alsace: Fichier Adeli, www.insee.fr, www.ecosante.fr. Ohne Übersee-Departemente, Stand 01.01.2012

⁷ Statistische Ämter des Bundes und der Länder: www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/. Stand 31.12.2011, Statistische Berichte Baden-Württemberg, Artikel-Nr. 3211 11001

Frankreich gibt viel Geld für die Verwaltung aus, die Zahl der Akteure und Institutionen ist immens. Zahlreiche Reformvorhaben der letzten Jahre wurden nicht konsequent umgesetzt, insbesondere der Krankenhaussektor bedarf dringend einer Reorganisation (stärkste Ausgabensteigerung innerhalb der Krankenversicherung, große Anzahl kleiner Krankenhäuser mit geringer Bettenzahl etc.).^{8,9}

Im internationalen Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme von Karen Davis aus Juni 2014 bewegt sich Deutschland hinsichtlich des Gesamtergebnisses im Mittelfeld (Rang 5 von 11), während Frankreich auf Rang 9 liegt. Ausschlaggebend hierfür ist unter anderem der schlechtere Zugang zu medizinischer Versorgung in Frankreich sowie die vergleichsweise hohen Eigenanteile der Patienten.

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality Care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Access Problems	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11

Abb. 2: Internationaler Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme¹⁰

Nahezu jeder 2. erwachsene Franzose (47 %) hatte im Jahr 2011 umgerechnet einen Anteil von bis zu 100 US-Dollar an seinen Behandlungskosten selbst zu tragen (Deutschland 20 %), einen Eigenanteil von über 1.000 US-Dollar hatten in Frankreich ca. 6 %, in Deutschland ca. 12 % der erwachsenen Patienten zu leisten:¹¹

⁸ Schubert C (2012): Frankreich: Gesundheitssystem am Tropf. Deutsches Ärzteblatt 109 (33–34): 1886-1887

⁹ Renate Reiter für bpb.de; BPB: Bundeszentrale für politische Bildung: www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176631/kleine-landeskunde-frankreichs

¹⁰ Davis K et al. (2014): Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally, The Commonwealth Fund. www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-irror

¹¹ Health Consumer Powerhouse (2012): Euro Health Consumer Index Report. www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/international-survey-data/results?ind=501&ch=457,458#/barchart/457,458/53,55,56,58,62,63,61,1/0 /Ascending

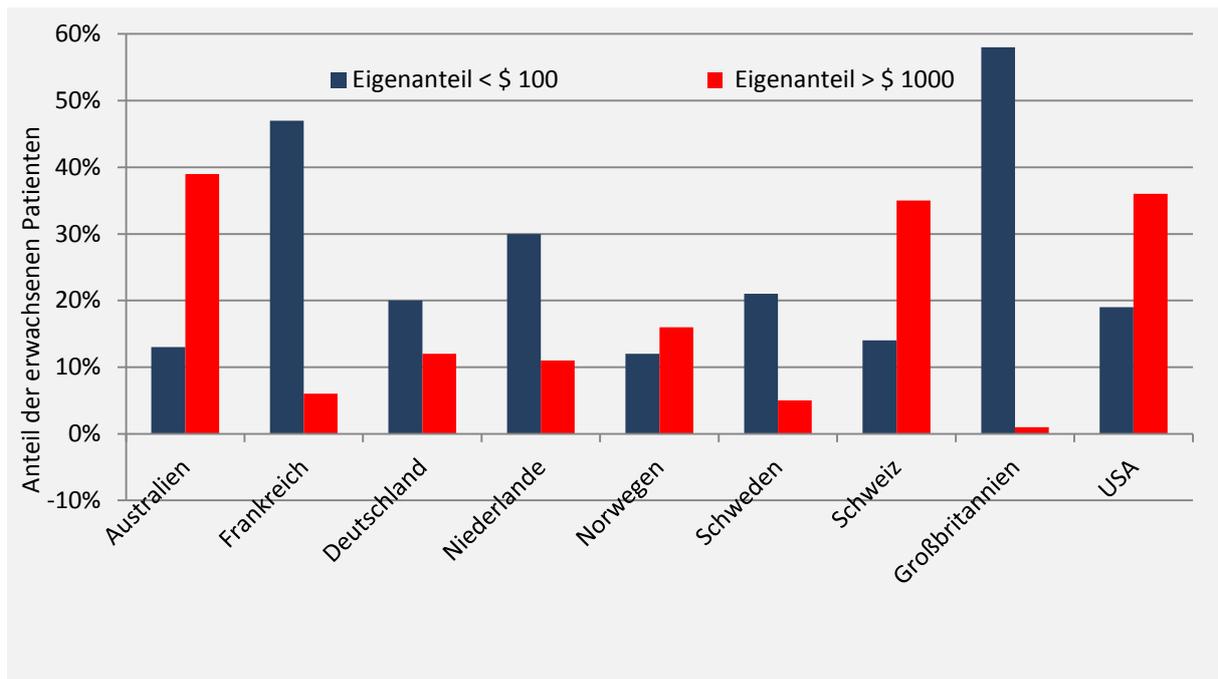


Abb. 3: Eigenanteile erwachsener Patienten an den Behandlungskosten im internationalen Vergleich

3.2 Morbidität / Mortalität¹²

	 Frankreich	 BRD	 OECD
KHK-assoziierte Sterblichkeit je 100.000 EW ¹³ (altersstandardisiert)	48	115	122
Zerebrovaskuläre Sterblichkeit je 100.000 EW (altersstandardisiert)	41	53	69
Tumor-assoziierte Sterblichkeit je 100.000 EW (altersstandardisiert)	212 ♂ 300 / ♀ 149	205 ♂ 261 / ♀ 166	211 ♂ 278 / ♀ 166
Suizidrate je 100.000 EW (altersstandardisiert)	16,2	10,8	12,4
Geschätzte Prävalenz Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 bei 20- bis 79-Jährigen in %	5,6	5,5	6,9
Geschätzte Inzidenz von Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern unter 15 Jahren je 100.000 EW	12,2	18,0	17,2

¹² OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en, Datenbasis in der Regel 2011

¹³ EW = Einwohner

	 Frankreich	 BRD	 OECD
Anzahl Arztkonsultationen je EW	6,8	9,7	6,7
MRT-Geräte je 1 Mio. EW	7,5	10,8 ¹⁴	13,3
MRT-Untersuchungen je 1.000 EW	68	95	55
CT-Geräte je 1 Mio. EW	12,5	18,3 ¹⁴	23,6
CT-Untersuchungen je 1.000 EW	155	117	131
Krankenhaus-Betten je 1.000 EW	6,37	8,27	4,96
Krankenhaus-Verweildauer in Tagen	9,2	9,3	8,0
Koronarangioplastien je 100.000 EW	198	351	175
Kardiovaskuläre Bypass-Operationen je 100.000 EW	28,5	67,6	45,4
Hüftprothesen je 100.000 EW	230	286	160
Knieprothesen je 100.000 EW	133	207	119
Sectio-Rate je 1.000 Lebendgeborene	20,2	31,1	26,9
Umsatzanteil Generika in %	11,5	35,3	18,9
Verordnungsanteil Generika in %	24,5	76,3	40,5

Tab. 2: Morbidität und Mortalität: Frankreich, Deutschland, OECD

Trotz des relativ guten Abschneidens von Deutschland werfen die OECD-Daten Fragen auf. Diese betreffen z. B. die vergleichsweise hohe kardiovaskuläre Sterblichkeit – trotz der hohen Zahl therapeutischer Eingriffe an den Koronararterien in der BRD. Im Vergleich zu den Franzosen gehen die Deutschen häufiger zum Arzt und erhalten mehr kernspintomographische Untersuchungen sowie gelenkersetzende Operationen. Im Fokus politischer und gesellschaftlicher Diskussionen über die Ursachen dieses Ungleichgewichts tauchen immer wieder pekuniäre Aspekte auf (Fehl-anreize durch das DRG-System?). Auch die hohe Kaiserschnitt-Rate dürfte sich nicht ausschließlich mit medizinischen Indikationen erklären lassen.

Die Anzahl der Krankenhausbetten bezogen auf die Einwohner ist – bei annähernd vergleichbarer Verweildauer – in Frankreich deutlich geringer als in Deutschland.

Analog zur KHK-assozierten Sterblichkeit ist in Deutschland auch die Sterberate aufgrund zerebrovaskulärer Ereignisse höher als in Frankreich.

Überraschenderweise ist die Suizidrate unserer westlichen Nachbarn überdurchschnittlich hoch.

¹⁴ Ausschließlich stationäre Einrichtungen

3.2.1 Todesursachenstatistik

Todesursachen 2010	 Frankreich ¹⁵	 Elsass		
	Anzahl	Anteil an Todesfällen	Anzahl	Anteil an Todesfällen
Neubildungen	158.848	29%	4.163	29%
<i>Bronchien / Lunge</i>	30.772		793	
<i>Kolon, Sigma, Rektum etc.</i>	16.946		426	
<i>Brust</i>	11.922		327	
<i>Pankreas</i>	9.203		264	
<i>Prostata</i>	9.031		207	
Krankheiten des Kreislaufsystems	142.456	26%	4.004	28%
<i>Ischämische Herzkrankheiten</i>	35.324		1.097	
<i>Sonstige Formen der Herzkrankheit</i>	44.284		1.053	
<i>Zerebrovaskuläre Krankheiten</i>	31.639		855	
Äußere Ursachen	37.415	7%	843	6%
<i>Unfälle</i>	26.258		601	
<i>Selbstmord</i>	10.334		207	
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	32.210	6%	745	5%
Krankheiten des Atmungssystems	31.927	6%	826	6%
<i>Pneumonie</i>	10.318		286	
<i>Chron. Krankheiten der unteren Atemwege</i>	9.022		265	
Krankheiten des Verdauungssystems	23.378	4%	610	4%
<i>Chron. Lebererkrankungen</i>	7.219		179	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten	19.264	4%	605	4%
<i>Diabetes mellitus</i>	10.679		340	
Psychische und Verhaltensstörungen	17.929	3%	573	4%
Sonstige Ursachen	75.656	14%	2.058	14%
Alle Todesursachen	539.083		14.427	

Tab. 3: Todesursachen: Frankreich und Elsass

¹⁵ Ohne französische Überseegebiete.

Todesursachen 2010 ¹⁶	 Deutschland	 Baden-Württemberg		
	Anzahl	Anteil an Todesfällen	Anzahl	Anteil an Todesfällen
Neubildungen	225.141	26 %	24.615	25 %
<i>Kolon, Sigma, Rektum etc.</i>	68.948		7.996	
<i>Bronchien / Lunge</i>	42.972		4.198	
<i>Brust</i>	17.573		2.179	
<i>Pankreas</i>	15.488		1.866	
<i>Prostata</i>	12.676		1.479	
Krankheiten des Kreislaufsystems	352.689	41 %	40.406	41 %
<i>Ischämische Herzkrankheiten</i>	133.126		1.083	
<i>Sonstige Formen der Herzkrankheit</i>	91.989		11.274	
<i>Zerebrovaskuläre Krankheiten</i>	61.550		7.888	
Äußere Ursachen	33.312	4 %	5.066	5 %
<i>Unfälle</i>	20.243		k. A.	
<i>Selbstmord</i>	10.021		1.383	
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	21.868	3 %	2.914	3 %
Krankheiten des Atmungssystems	60.515	7 %	6.391	6 %
<i>Pneumonie</i>	19.727		1.700	
<i>Chron. Krankheiten der unteren Atemwege</i>	29.149		3.063	
Krankheiten des Verdauungssystems	42.684	5 %	5.465	6 %
<i>Chron. Lebererkrankungen</i>	15.413		2.022	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten	29.233	3 %	4.203	4 %
<i>Diabetes mellitus</i>	23.131		3.146	
Psychische und Verhaltensstörungen	25.079	3 %	2.017	2 %
Sonstige Ursachen	68.247	8 %	7.730	8 %
Alle Todesursachen	858.768		98.807	

Tab. 4: Todesursachen: Deutschland und Baden-Württemberg

Beim Vergleich der Mortalitätsstatistiken beider Staaten fällt in Deutschland erneut der wesentlich höhere Anteil tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf.

Malignome als Todesursache kommen in Frankreich häufiger vor (oder werden dort häufiger kodiert?).

¹⁶ Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 4; Gesundheit: Todesursachen in Deutschland 2010.

www.destatis.de/DE/

[Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400107004.pdf?__blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400107004.pdf?__blob=publicationFile)

Während in Deutschland Dickdarmkarzinome zu den häufigsten zum Tode führenden Krebserkrankungen gehören (ca. 30 % der Neubildungen), rangieren in Frankreich die Bronchialkarzinome auf Platz 1 (19 %).

Im Unterschied zu Frankreich scheint in Deutschland (und Baden-Württemberg) der Anteil chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege (COPD etc.) höher zu sein: Während in Deutschland rund 48 % aller zum Tode führenden Atemwegserkrankungen in den unteren Atemwegen lokalisiert sind, sind dies in Frankreich lediglich 28 %.

Der Anteil „sonstiger Ursachen“ ist in Frankreich deutlich höher als in Deutschland: knapp 60 % der darunter fallenden Diagnosen gehören zu den „R“-Codes (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind), bei weiteren 14 % handelt es sich um Infektionskrankheiten (ICD10-Codes A00 bis B99). Inwiefern sich diese Differenzen auf das Kodierverhalten der Ärzte beider Länder zurückführen lassen, kann anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilt werden, wäre jedoch ein spannendes Thema weiterer Untersuchungen.

Die prozentualen Unterschiede zwischen Region und Gesamtland sind sowohl innerhalb Frankreichs als auch innerhalb Deutschlands marginal.

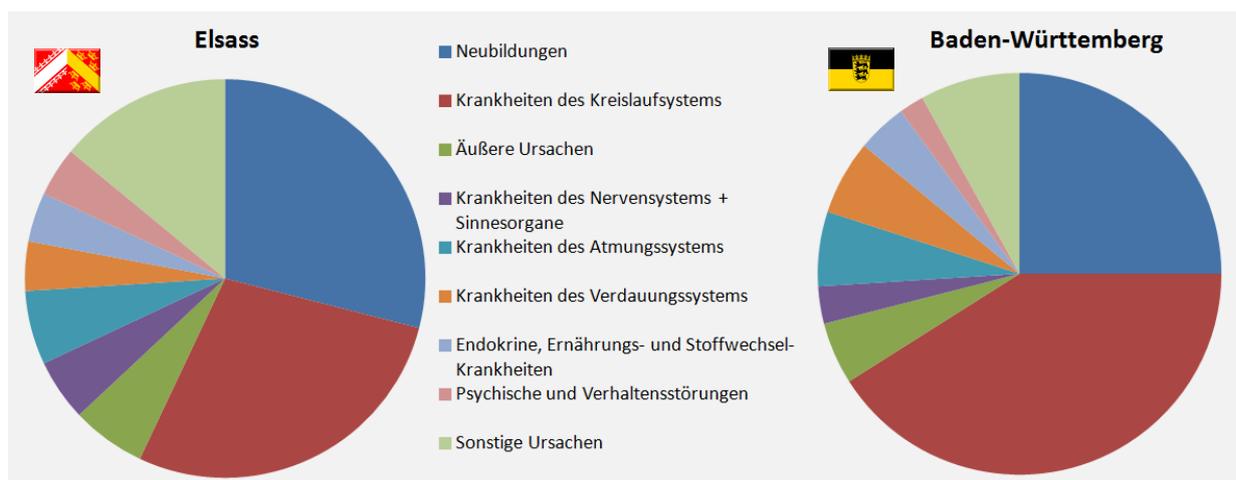


Abb. 4: Verteilung der Todesursachen: Elsass vs. Baden-Württemberg

3.3 Gesundheitsausgaben

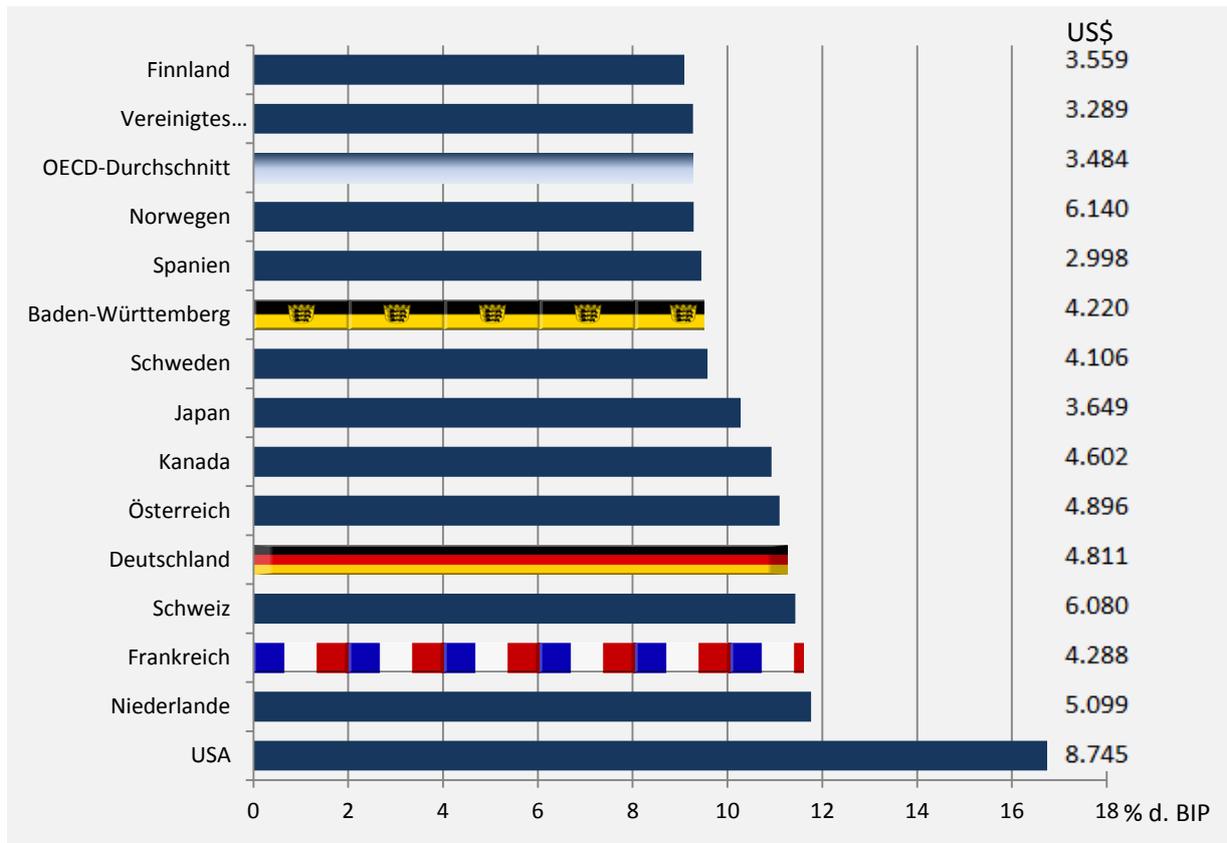


Abb. 5: Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben: Anteil am Bruttoinlandsprodukt (%) bzw. Wert in US-Dollar Kaufkraftparitäten je Einwohner – 2012^{17,18}

Gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) 2012 liegen Frankreich und Deutschland bei den Gesundheitsausgaben mit 11,6 % bzw. 11,3 % hinter den USA und den Niederlanden bzw. der Schweiz im internationalen Vergleich auf „Spitzenplätzen“.

In den meisten anderen Ländern haben die Gesundheitsausgaben einen deutlich geringeren Anteil am BIP (z. B. Luxemburg 7,1 %, Finnland 9,1 %, Israel 7,3 %, Australien 9,1 % etc.).

Mit rund 4.800 US\$ pro Kopf liegen die Pro-Kopf-Ausgaben in Deutschland rund 12 % über jenen Frankreichs, im internationalen Vergleich rangieren beide Länder im oberen „Mittelfeld“.

In Baden-Württemberg betragen die Gesundheitsausgaben rund 4.220 US\$ je Einwohner (9,5 % des BIP).

¹⁷ OECD: OECD Health Statistics 2014 - Frequently Requested Data; <http://www.oecd.org/health/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2014.pdf>

¹⁸ Statisches Landesamt Baden-Württemberg: Baden-Württemberg – Ein Standort im Vergleich Baden -Württemberg, Stuttgart 2013

Die folgenden Auswertungen beinhalten die Differenzierung der Gesundheitsausgaben beider Länder nach Bereichen und Sektoren – unabhängig vom Kostenträger (Sozialversicherung, öffentliche Hand, Privathaushalte etc.):

	 Frankreich			 Deutschland		
	Ausgaben ¹⁹ (Mio. Euro)	Ausgaben- anteil	Ausgaben je EW	Ausgaben (Mio. Euro)	Ausgaben- anteil	Ausgaben je EW
Stationäre / teilstationäre Einrichtungen	93.815 ²⁰	40,4%	1.480 EUR	107.405	36,6%	1.312 EUR
<i>Krankenhäuser</i>	72.845	31,4%	1.149 EUR	76.840	26,2%	939 EUR
<i>Vorsorge- und Rehaeinrichtungen</i>	7.020	3,0%	111 EUR	8.369	2,9%	102 EUR
<i>Pflegeeinrichtungen</i>	14.310	6,2%	226 EUR	22.196	7,6%	271 EUR
Ambulante Leistungserbringer	63.277 ²¹	27,2%	998 EUR	88.072	30,0%	1.076 EUR
<i>Ärzte</i>	26.533 ²²	11,4%	418 EUR	44.444	15,1%	543 EUR
<i>Zahnärzte</i>	9.938	4,3%	157 EUR	18.155	6,2%	222 EUR
Gesundheitshandwerk / Einzelhandel	48.178	20,7%	760 EUR	59.348	20,2%	725 EUR
<i>Apotheken</i>	35.294	15,2%	557 EUR	39.795	13,5%	486 EUR
<i>Optische Produkte, Sehhilfen</i>	5.329	2,3%	84 EUR	4.433	1,5%	54 EUR
Gesundheitsschutz	1.045	0,5%	16 EUR	2.184	0,7%	27 EUR
Verwaltung	15.641	6,7%	247 EUR	16.892	5,8%	206 EUR
Sonstige Einrichtungen / private Haushalte	2.007	0,9%	32 EUR	8.555	2,9%	105 EUR
Ausland				1.639	0,6%	20 EUR
Investitionen	8.324	3,6%	131 EUR	9.706	3,3%	119 EUR
Gesundheitsausgaben	232.288	100 %	3.663 EUR	293.801	100 %	3.590 EUR

Tab. 5: Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen 2011: Frankreich vs. BRD²³

¹⁹ Inkl. französische Überseegebiete

²⁰ Hierzu zählen auch Dialyse, ambulante Chemo- und Strahlentherapie – in Frankreich als „Sitzungen“ (séances) qualifiziert, Rettungsdienst sowie Leistungen der Krankenhausambulanzen. In Frankreich bieten die Krankenhäuser frei zugängliche ambulante Konsultationen, diagnostische Untersuchungen und Behandlungen in allen Fachbereichen an, die das Krankenhaus als Einrichtung abrechnet.

²¹ Hierunter werden auch die privatärztlichen ambulanten Konsultationen der Krankenhausärzte gezählt: Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können an bis zu zwei halben Tagen in der Woche einer ambulanten privatärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus nachgehen, die sie individuell abrechnen. Die Kosten werden von der Krankenversicherung übernommen.

²² Pathologische u. zytologische Untersuchungen sind in der Rubrik „Ärzte“ inbegriffen. Sonstige medizinische Laborpraxen stellen in Frankreich eine gesonderte Gesundheitseinrichtung dar und haben daher eine eigene Statistik. Im Gegensatz zu Deutschland werden sie meistens von einem Apotheker mit mehrjähriger Weiterbildung in Labormedizin geleitet.

²³ OECD: health expenditure and financing: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

In Frankreich ist der Anteil stationärer Behandlungskosten höher als in Deutschland. Dies könnte sich zumindest teilweise durch die ausschließlich dem stationären Sektor vorbehaltene Applikation hochpreisiger parenteraler Arzneimittel erklären lassen. In Deutschland werden diese Substanzen häufig auch im ambulanten Setting eingesetzt.

In Deutschland wiederum liegen die Ausgaben für den ambulanten Bereich über jenen Frankreichs.

Krankenschwestern haben in Frankreich ein größeres Aufgabenfeld als in Deutschland: Sie führen z. B. ambulante Chemotherapien und Heimdialysen durch oder nehmen Proben für Laboruntersuchungen ab.

Ausgaben für Pflegeeinrichtungen betragen in Frankreich rund 6,2 %, in Deutschland 7,6 % der Gesundheitsausgaben.

Die Ausgaben für - sowohl ärztlich verordnete als auch frei verkäufliche – Arzneimittel liegen in Deutschland mit 501 EUR bzw. Frankreich mit 469 EUR je Einwohner an der Spitze innerhalb der Europäischen Union.²⁴

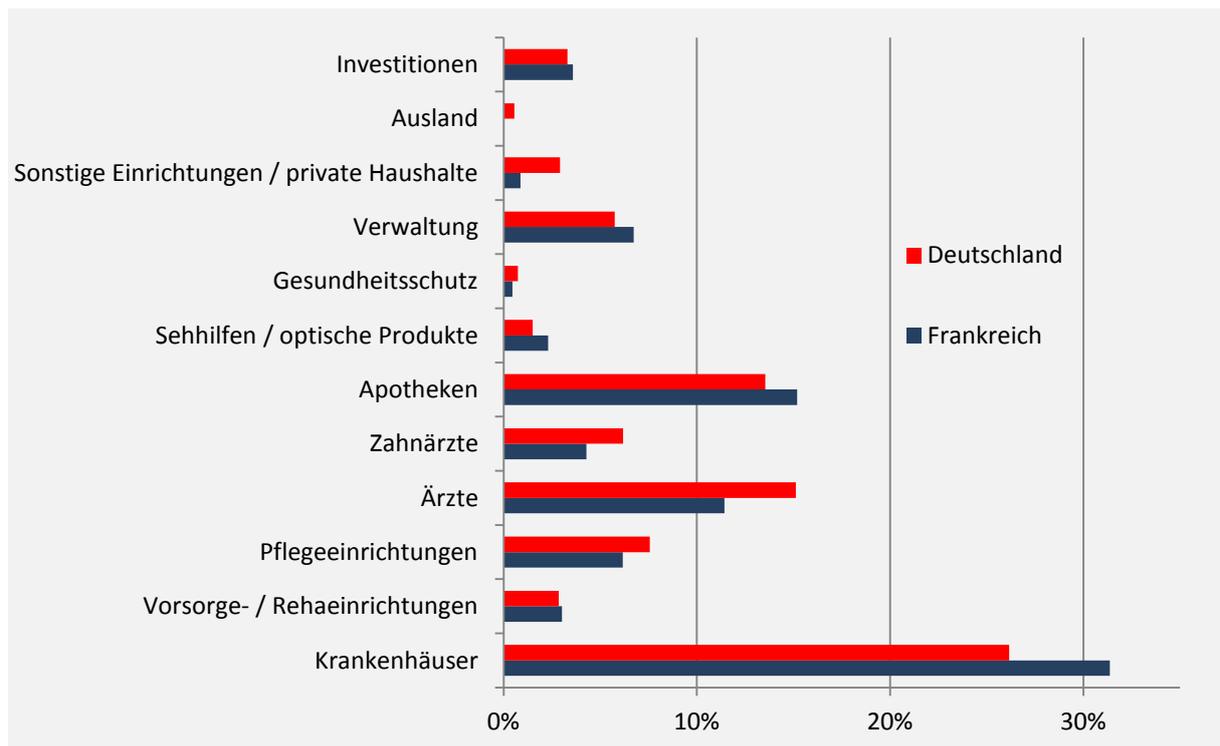


Abb. 6: Verteilung der Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen nach Sektoren 2011: Frankreich vs. Deutschland²⁵

²⁴ http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf, S. 127

²⁵ OECD: health expenditure and financing: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

3.4 Ambulante (vertrags-)ärztliche Versorgung

Versicherte in Frankreich haben uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen bei freier Arztwahl. Ähnlich wie in den Verträgen nach § 73b SGB V in Deutschland²⁶ gibt es jedoch auch in Frankreich eine Art „Lotsenprinzip“: Patienten über 16 Jahren entscheiden sich für einen Hausarzt, der die Behandlung koordiniert und ggf. Überweisungen veranlasst. Sofern Patienten direkt einen Facharzt aufsuchen, fällt die Kostenerstattung in der Regel geringer aus, die Selbstbeteiligung steigt.

Das französische Gesundheitssystem kennt keine Bedarfsplanung²⁷ wie in Deutschland: Ärzte können sich in Frankreich uneingeschränkt niederlassen. Infolgedessen ist die Attraktivität einer Niederlassung in Ballungszentren erheblich größer als in bevölkerungsarmen bzw. strukturschwachen Gebieten. So gibt es in den reicheren Départements im Süden und in Paris ein relatives Überangebot an Allgemein- und Fachärzten, während in ländlichen Regionen im Norden und der Mitte Frankreichs eher Unterversorgung herrscht.

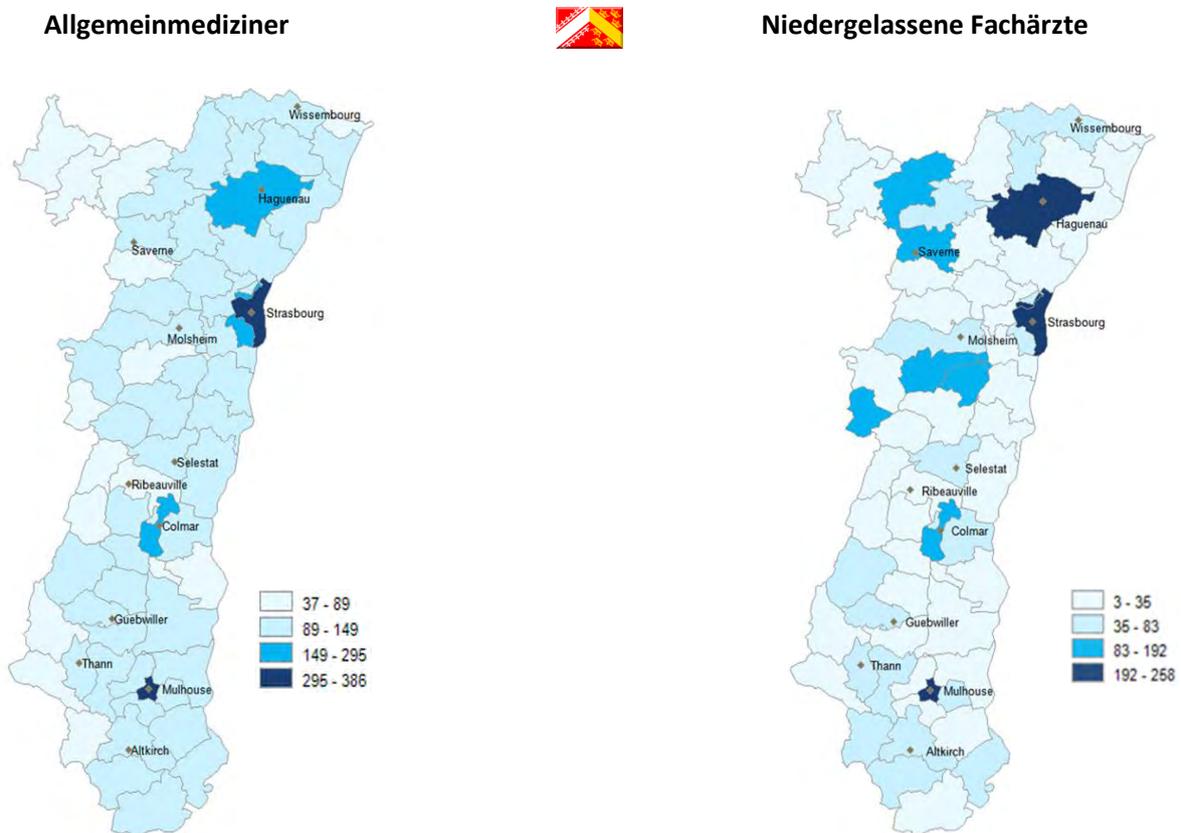


Abb. 7: Arztdichte (je 100.000 Einwohner) nach Kantonen im Elsass²⁸

²⁶ § 73b SGB V: Hausarztzentrierte Versorgung

²⁷ Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich soll Über- bzw. Unterversorgung verhindern. Regelungen dazu finden sich im SGB V sowie in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

²⁸ SIAM-ERASME; Stand Juli 2013

Durch die Bedarfsplanung in Deutschland soll eine wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung gewährleistet werden. Dennoch gibt es mittlerweile – auch in Baden-Württemberg – ländliche Regionen, die einen (zukünftigen) Ärztemangel befürchten, während in Ballungsgebieten wie Stuttgart bzw. um die Universitätsstandorte Freiburg, Mannheim/Heidelberg, Tübingen und Ulm die Arztdichte überdurchschnittlich hoch ist:

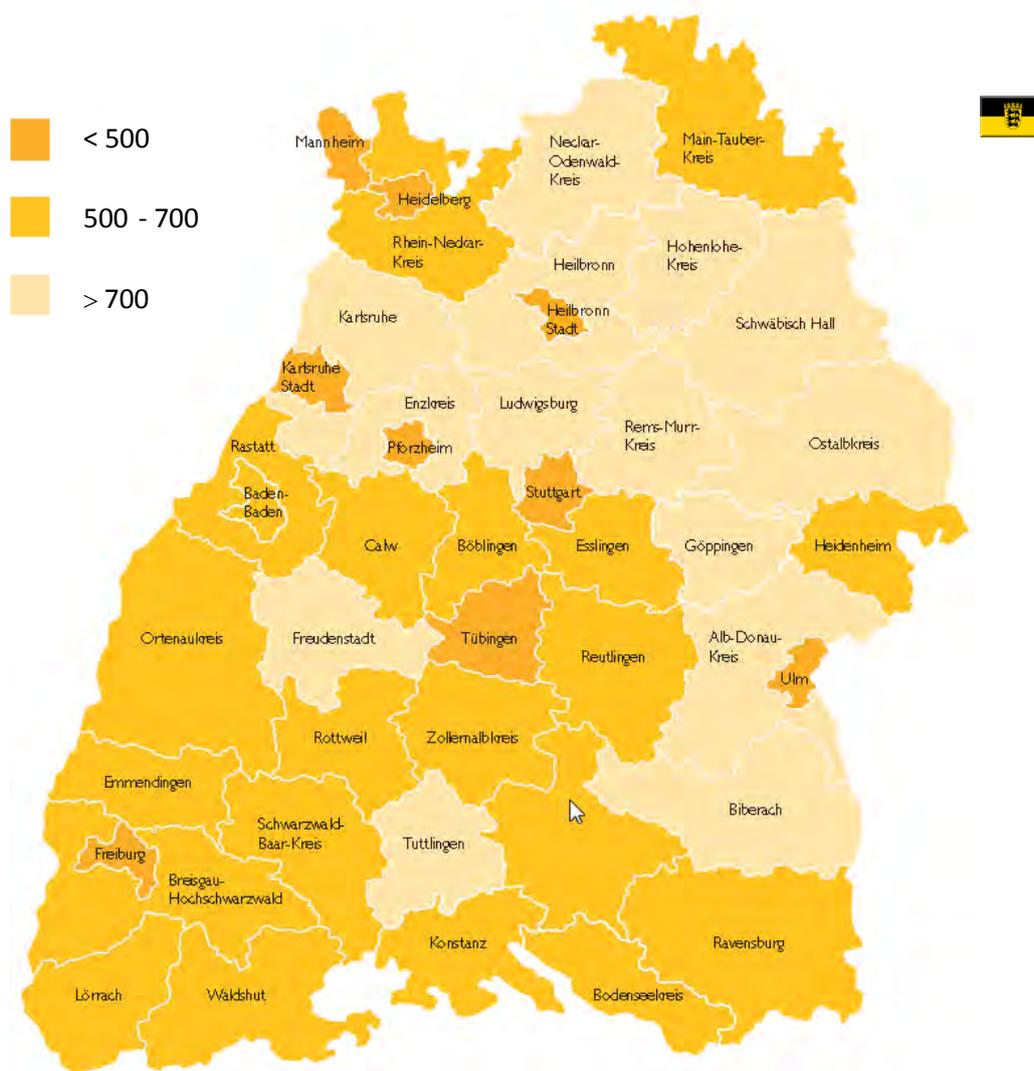


Abb. 8: Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt und –psychotherapeut in Baden-Württemberg²⁹

Der „Médecin libéral“ (niedergelassener Arzt in freier Praxis – ca. 60 % aller Ärzte) hat in Frankreich eine zentrale Stellung im Gesundheitssystem.

Die Honorare für ärztliche Leistungen handelt der Generaldirektor der Dachorganisation der französischen gesetzlichen Krankenkassen (UNCAM)³⁰ – vergleichbar mit dem GKV-Spitzenverband in Deutschland – mit den Gewerkschaften der Ärzte aus. Die Übereinkünfte werden in einem Zusatz zum nationalen Rahmenvertrag der Ärzte festgelegt. Kommt keine Einigung zustande, legt das

²⁹ Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Versorgungsbericht 2012: www.kvbawue.de/presse/publikationen/versorgungsbericht/

³⁰ UNCAM = Union nationale des caisses d'assurance maladie

Gesundheitsministerium die Preise fest, eine dem deutschen Schiedsamt vergleichbare Institution existiert nicht.

Allerdings betrachtet ca. ein Viertel der niedergelassenen Ärzte in freier Praxis – insbesondere Fachärzte – die vereinbarten Preise für den Bereich der ambulanten Versorgung als nicht bindend. Diese sogenannten "Ärzte des 2. Sektors" ("médecins du secteur 2") legen ihre Honorare und Preise autonom „mit Takt und Maß“ nach dem französischen Sozialgesetz fest. Der nationale Rahmenvertrag der Ärzte erlaubt diese Option seit 1980, wobei heute jedoch gewisse Qualifikationsvoraussetzungen gefordert werden.

Für die Ärzte im Sektor 1 beteiligt sich die Krankenversicherung im Gegenzug an deren Rentenversicherungsbeiträgen.

	 Frankreich ³¹	Ärzte / 100.000 EW	 Elsass	Ärzte / 100.000 EW
Allgemeinmediziner	61.952	95,1	1.892	102,0
Fachärzte³²	52.785	81,0	1.640	88,4
Kinderärzte³³	2.747	22,8	102	30,7

Tab. 6: Anzahl der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte 2011: Frankreich / Elsass

Von den Kinderärzten abgesehen, hat Frankreich bzw. das Elsass eine höhere Arztdichte als Deutschland bzw. Baden-Württemberg.

	 Deutschland	Ärzte / 100.000 EW	 Baden- Württemberg	Ärzte / 100.000 EW
Hausärzte³⁴	50.269	61,4	6.582	61,0
Fachärzte³²	66.065	80,7	8.183	75,9
Kinderärzte³³	5.856	54,0	792	54,2

Tab. 7: Anzahl der Vertragsärzte 2012: Baden-Württemberg³⁵

³¹ Inkl. Überseegebiete

³² Ohne Kinderärzte

³³ Arztdichte berechnet je 100.000 Einwohner unter 15 Jahren

³⁴ Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten

³⁵ Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister (Stand 31.12.2012). www.kbv.de/media/sp/2012_12_31.pdf (Abfrage 19.08.2013)

4 Die gesetzliche Krankenversicherung

Auf die Beschreibung des deutschen Kranken- bzw. Sozialversicherungssystems wird an dieser Stelle verzichtet, eine Übersicht findet sich z. B. auf der Homepage der Deutschen Sozialversicherung Europavertretung.³⁶

4.1 Die Krankenversicherung in Frankreich^{37,38,39}

Die französische Sozialversicherung ist eine Pflichtversicherung für alle Bürger. Für Arbeitnehmer wird sie durch Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert. Es gilt das Solidaritätsprinzip innerhalb der Versichertengemeinschaft, die kostenlose Mitversicherung von Familienmitgliedern in der Krankenversicherung ist – wie im deutschen System – vorgesehen.

Neben den gesetzlichen Krankenkassen gehören auch die Altersvorsorge, Unfallversicherung und Familienversicherung zum französischen Sozialversicherungssystem. Eine Berufsunfähigkeitsversicherung wird von der Krankenversicherung mitgetragen.

Im Wesentlichen gibt es drei Versicherungszweige:

- Allgemeine Sozialversicherung („Régime général de la Sécurité sociale“)
- Landwirtschaftliche Sozialversicherung („Régime agricole“)
- Sozialversicherung für Selbstständige und unabhängige Berufe außerhalb des landwirtschaftlichen Sektors („RSI“ – „Ensemble de Régimes sociaux des non-salariés et non-agricoles“)

Das Régime général ist nur eine Kassenart innerhalb der gesetzlichen Krankenpflichtversicherung wie z. B. die AOK innerhalb der GKV, repräsentiert jedoch ca. 85 bis 90 % der französischen Bevölkerung.

Für Personen, bei denen keine dieser beruflichen Mitgliedschaften greift und die nicht als Familienmitglied mitversichert werden können, gibt es den Allgemeinen Krankenschutz (CMU), der von der Allgemeinen Krankenversicherung verwaltet wird. Für sozial schwache Personen ist diese CMU beitragsfrei.

Die drei o. g. Versicherungszweige integrieren jeweils eine „Dachkrankenkasse“ mit zahlreichen lokalen und / oder regionalen Untergliederungen. Mit rund 59 Mio. Mitgliedern (ca. 90 % der Versicherten, Datenbasis 2012) hat die „Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés“ (CNAMTS) die größte Bedeutung.⁴⁰

Die „Union nationale des caisses d'assurance maladie“ (UNCAM) nimmt für die Krankenkassen die politische Steuerung des Gesundheitswesens (z. B. Vertragspolitik, Festlegung von Erstattungsbeträgen) wahr, wobei der staatliche Einfluss in Frankreich erheblich größer ist als in Deutschland (Festle-

³⁶ Deutsche Sozialversicherung Europavertretung: www.deutsche-sozialversicherung.de/index.html

³⁷ BPB: Bundeszentrale für politische Bildung: www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176631/kleine-landeskunde-frankreichs, Renate Reiter für bpb.de

³⁸ Europäisches Verbraucherzentrum Deutschland: www.eu-verbraucher.de/de/verbraucherthemen/frankreich-tipps/gesundheits/franzoesisches-gesundheitssystem/

³⁹ www.cleiss.fr/index_de.html

⁴⁰ Daneben gibt es die „Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole“ (CCMSA oder MSA, ca. 1,2 Mio. Versicherte) sowie das „Régime sociale des indépendants“ (RSI, ca. 620.000 Versicherte in 2012)

gung der Beitragssätze, Definition des Leistungskatalogs, Benennung der Verwaltungsdirektoren für die Dachorganisationen der Krankenkassen, Einfluss auf Entscheidungen der Kassen, Kontrolle der Haushaltspläne).

Der Krankenversicherungsschutz erstreckt sich auf die Kosten für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung (inkl. Zahnersatz und präventive Leistungen), medizinische Versorgung bei Schwangerschaft, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Laboruntersuchungen, Rehabilitationsbehandlung, Krankentransport, Unterbringung und Behandlung behinderter Kinder und Jugendlicher etc.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt heute über fünf Quellen, wobei die lohngewundenen Beiträge mit rund 47,6 % den größten Anteil darstellen:

- Beiträge der Arbeitnehmer (0,75 % des Bruttoeinkommens)
- Beiträge der Arbeitgeber (12,8 % des Arbeitgeberbruttolohns).
- Sozialversicherungssteuer – „Contribution sociale généralisée“ (CSG): Abgabe von 5,3 % auf alle verfügbaren Einkommen aus abhängiger oder unabhängiger Beschäftigung und sämtliche sonstigen Einkommensarten (Mieteinnahmen, Kapitaleinkünfte, Spekulations- und Spielgewinne, Renten, Arbeitslosengeld usw.): 35,1 % der Ressourcen
- Steuern: Abführungen aus unterschiedlichen Verbrauchssteuern (Tabak-, Alkohol-, Kraftfahrzeugsteuer) sowie spezielle Steuern auf bestimmte Aktivitäten der Pharmaunternehmen (z. B. Werbung): 13,7 % der Ressourcen
- Staatliche Kompensation von Beitragsermäßigungen aus Steuermitteln: 3,6 % der Ressourcen.

Anders als in Deutschland gilt in Frankreich bei ambulanten Behandlungen nicht das Sachleistungsprinzip: Die Versicherten müssen grundsätzlich zunächst in Vorleistung treten.

Insgesamt übernimmt die Krankspflichtversicherung 72 % der nationalen Arzneimittelausgaben. Voraussetzung für die Kostenübernahme ex post ist die Verordnung einer Behandlung bzw. eines Arzneimittels durch einen Arzt bzw. dass das betreffende Medikament gelistet ist (s. u.).

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, verbleibt den Versicherten somit grundsätzlich ein gewisser Eigenanteil („Ticket modérateur“), der teils als Pauschale, teils als Anteil an den Gesamtkosten anfällt. So liegen z. B. die Selbstbehaltstufen bei

- 30 % für Arzt-, Zahnarzt- und Hebammen-Honorare
- 40 % für Masseur, Krankengymnasten, Krankenschwestern⁴¹ und medizinisches Hilfspersonal sowie für Analysen und Laboruntersuchungen
- 20 % für Krankenhauskosten
- 35 % für Krankentransportkosten

⁴¹ In Frankreich gibt es in Einzel- oder Gruppenpraxen frei niedergelassene Krankenschwestern. Der oben genannte Erstattungssatz gilt für diese. Pflegedienste für alte und / oder behinderte Menschen gibt es ebenfalls, diese gehören jedoch zu den sogenannten „sozialmedizinischen“ Einrichtungen, die über Kopfpauschalen finanziert werden.

- 30 % bis 85 % für Arzneimittel. Einige – per Verordnung des Gesundheitsministeriums festgelegte – sehr kostenintensive, lebensnotwendige Behandlungen werden zu 100 % erstattet (s. u.).

Eine Befreiung von der Zuzahlung gibt es für

- Patienten mit schweren chronischen Erkrankungen, die einer kostenintensiven Therapie bedürfen (z. B. Diabetes mellitus, Malignome, HIV, gewisse psychiatrische Erkrankungen etc.)⁴²
- bestimmte Patientengruppen (z.B. Invalide, Schwangere ab dem 6. Monat, Neugeborene) auf Antrag des behandelnden Arztes.

Daneben wird bei nahezu jeder ambulanten Behandlung eine Praxisgebühr in Höhe von einem Euro (max. vier Euro/Tag) sowie eine Eigenbeteiligung von 0,50 EUR pro Arzneimittelpackung fällig.

Bei stationären Aufenthalten sind – je nach Dauer – zwischen 13,50 Euro und 18 Euro je Tag vom Versicherten zu entrichten, die Behandlungskosten per se werden in der Regel jedoch – wie in Deutschland – direkt zwischen Einrichtung und Kostenträger abgerechnet.

Zusätzlich zur prozentualen Zuzahlung können bei ärztlichen Leistungen noch Tarifüberschreitungen hinzu kommen, die Krankenkassenversicherung übernimmt die Kosten auf der Basis der Kassentarife.

Zur finanziellen Entlastung der Versicherten gibt es ein weitverzweigtes System wettbewerblich organisierter privater Zusatzversicherungen, die den Anteil des Selbstbehalts erstatten. Rund 89 % aller Versicherten hatten in 2012 freiwillig eine solche Zusatzversicherung abgeschlossen. Seit 2014 ist eine Zusatzversicherung verpflichtend, Arbeitgeber müssen sich an der Prämienzahlung beteiligen.

Eine Befreiung von der allgemeinen Erstattungsregel aus sozialen Gründen (z. B. geringes Einkommens des Versicherten) ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Die soziale Situation der Versicherten findet – neben anderen Faktoren – lediglich bei der Festsetzung des Beitragssatzes Berücksichtigung (s. o.). Allerdings haben Geringverdiener bis zu einer gewissen Einkommenshöhe das Recht auf die öffentlich getragene Finanzierung einer privaten Zusatzversicherung (CMUc – ungefähr 6 % der Bevölkerung) oder eine Beihilfe zum Abschluss einer Zusatzversicherung. Ungeachtet dessen verblieben in 2012 ca. 5 % der französischen Bevölkerung ohne Zusatzkrankenversicherungsschutz.

Über eine elektronische Patientenakte, die sämtliche medizinischen Daten enthält, wird in Frankreich seit Jahren diskutiert, die Umsetzung lässt noch auf sich warten. Das Projekt wurde kürzlich der zu diesem Zwecke gegründeten Interessensgemeinschaft weggenommen und der Nationalkasse der Allgemeinen Krankenversicherung zur Weiterentwicklung anvertraut.

Seit 2004 ist die Wahl eines behandelnden Arztes ("Médecin traitant"), der eine Art Lotsenfunktion erfüllt, für alle Versicherten obligatorisch. Ohne das vorherige Aufsuchen dieses Arztes kommt es zu Abstrichen bei der Erstattung von Behandlungskosten.

⁴² Eine Liste mit 30 Erkrankungen wird per Regierungsdekret veröffentlicht und regelmäßig auf Aktualität überprüft.

4.2 Altersstruktur

Mit 12,7 Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner bzw. durchschnittlich 2,01 Kindern je Frau im gebärfähigen Alter liegt die Geburtenrate in Frankreich (ohne Überseegebiete) deutlich über jener Deutschlands (8,3 Lebendgeborene je 1.000 Einwohner bzw. 1,36 Kinder je Frau im gebärfähigen Alter). Sie ist nach Irland die zweithöchste innerhalb der Europäischen Union (EU-Durchschnitt: 10,7 Lebendgeborene je 1.000 Einwohner).⁴³

Knapp 1,7 Mio. Einwohner des Elsass (ca. 91 % der Bevölkerung) sind über das Régime Général krankenversichert.

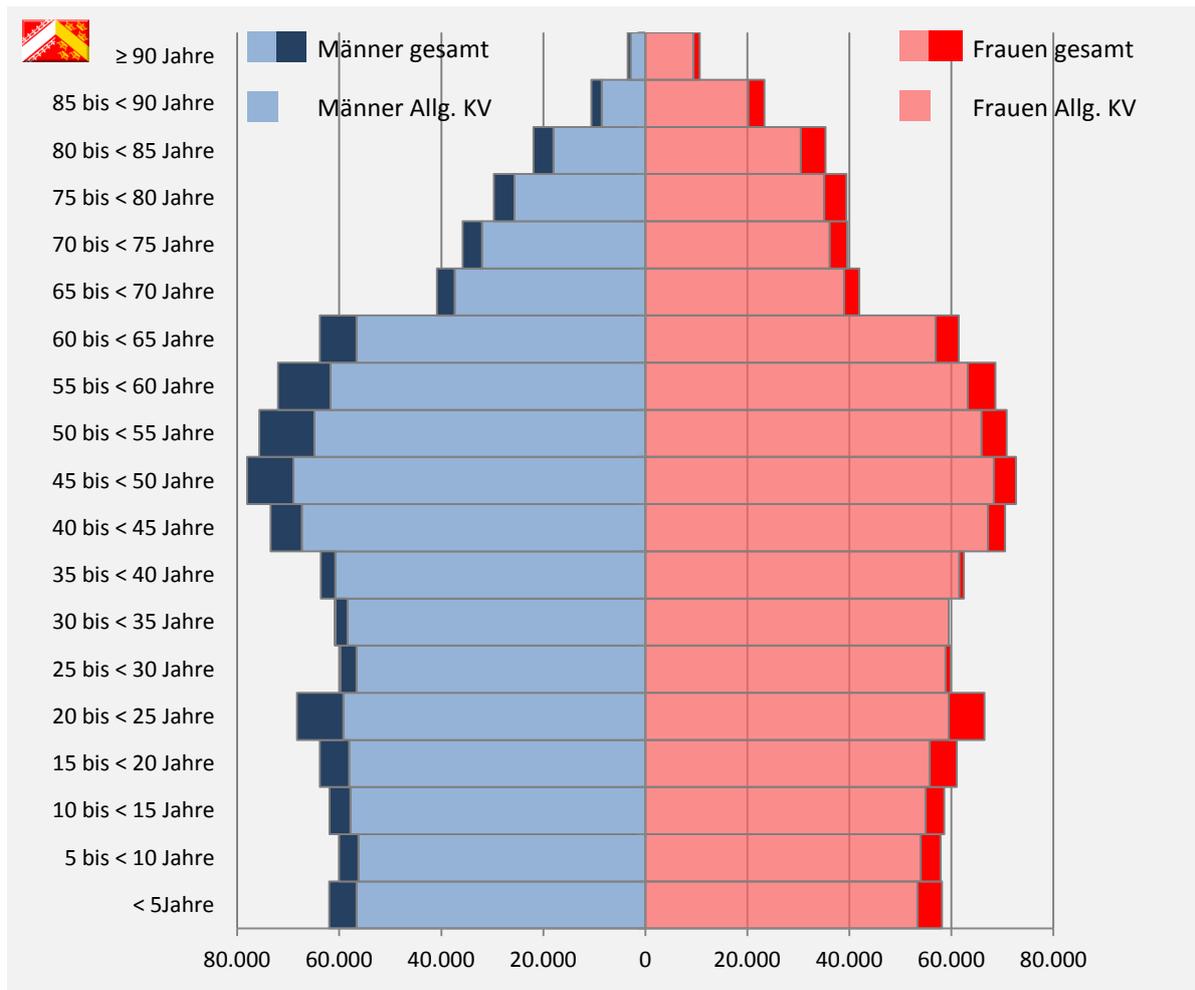


Abb. 9: Altersstruktur der Bevölkerung bzw. der Versicherten der allgemeinen Krankenversicherung: Elsass⁴⁴

Im Vergleich mit Baden-Württemberg ist der Anteil über 65-Jähriger im Elsass deutlich geringer, die Altersverteilung ist zugunsten jüngerer Jahrgänge verschoben. Der demographische Wandel und

⁴³ Bundesministerium für Gesundheit: Gesundheitsdaten 2012: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2012.pdf

⁴⁴ www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/estim-pop/pyramide/pyramide.htm?p1=rfm&p2=r42&annee=2012, RNIAM: Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (Stichtag 01.01.2012)

dessen Folgen sind jedoch – wenngleich in etwas geringerem Ausmaß – auch linksrheinisch zu spüren.

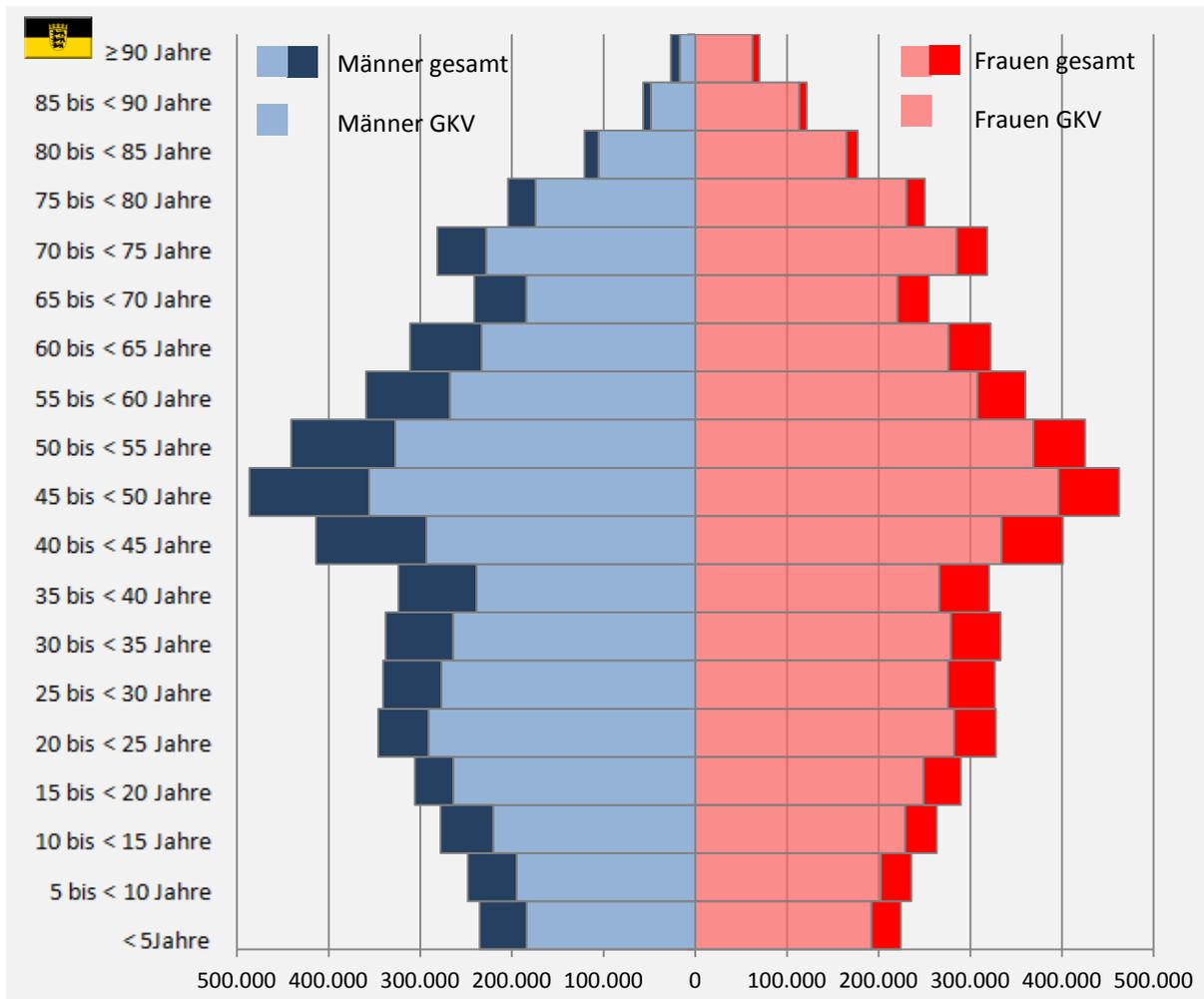


Abb. 10: Altersstruktur der Bevölkerung bzw. GKV-Versicherten 2012: Baden-Württemberg^{45,46}

Nach offiziellen Angaben der GKV-Mitgliederstatistik gab es in Baden-Württemberg am 01.07.2012 8.873.891 GKV-Versicherte. Somit beträgt der Anteil der GKV-Versicherten rund 83 % der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg.⁴⁵

Im Datenbestand der Abteilung Ordnungscontrolling finden sich für 2012 rund 7,9 Mio. GKV-Versicherte, denen von einem Arzt in Baden-Württemberg Arzneimittel zu Lasten der GKV verordnet wurden (= Rezeptpatienten).⁴⁷

⁴⁵ Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_226&OPINDEX=8&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_254&D.000=3734&D.001=12 (Stichtag 31.12.2012) sowie GKV Mitgliederstatistik Baden-Württemberg (KM 6, Stichtag 01.07.2012).

⁴⁶ Die GKV-Anteile von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren wurden entsprechend ihrer Anteile in der Gesamtbevölkerung Baden-Württemberg berechnet, da die KM 6-Statistik lediglich Summenwerte für diese Altersgruppe ausweist.

⁴⁷ Rezeptpatienten = RP: Versicherte mit (mindestens) einer Arzneimittelverordnung im Auswertungsjahr; in Zusammenhang mit spezifischen Auswertungen zu bestimmten Arzneimitteln bzw. Wirkstoff(klass)en: Anzahl der Versicherten, die (mindestens) eine Verordnung (VO) des jeweiligen Arzneimittels oder Wirkstoffs (der jeweiligen Klasse) erhalten haben.

4.3 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 2012 nach Leistungsbereichen

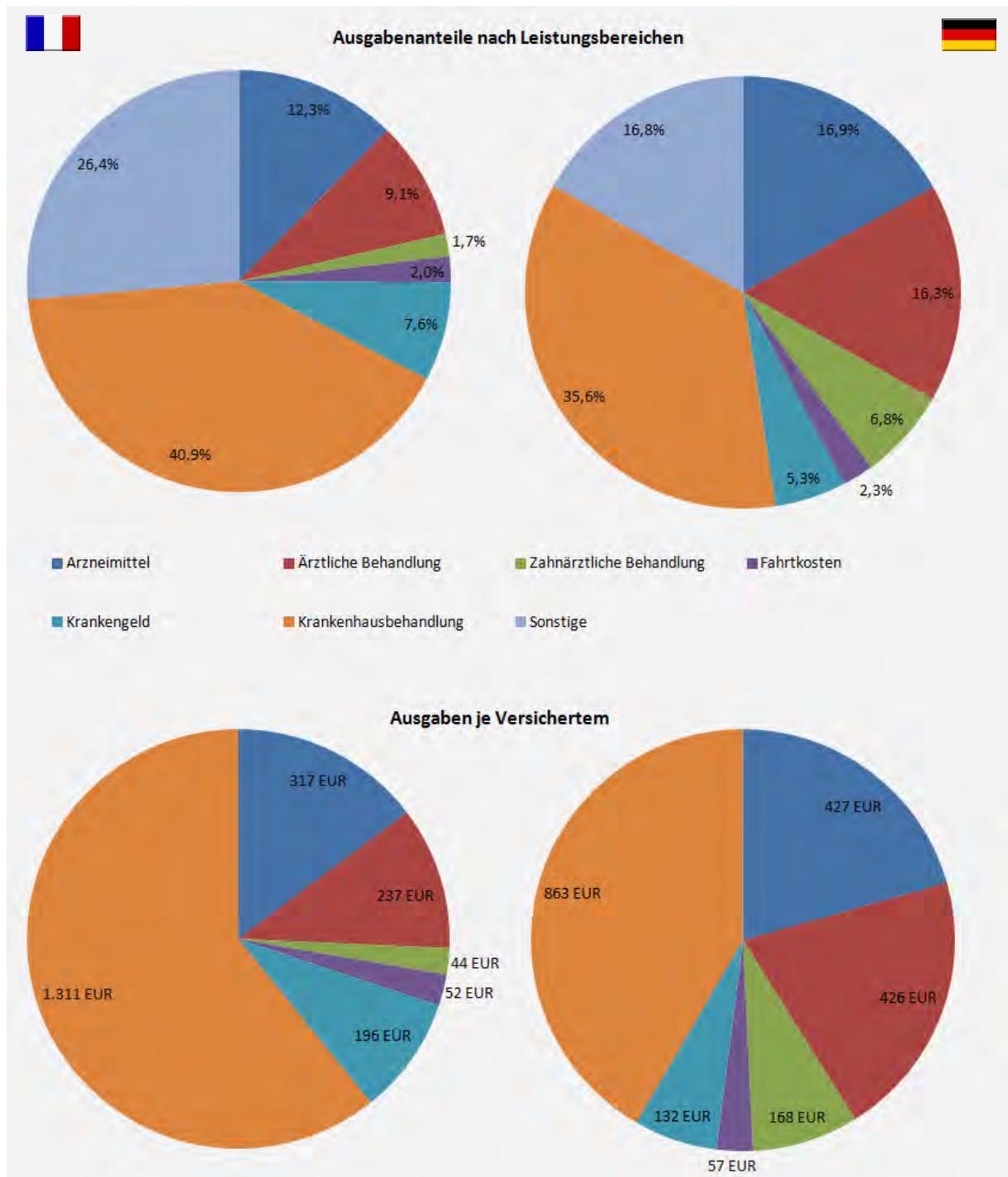


Abb. 11: Ausgabenverteilung bzw. Ausgaben je Versichertem 2012: Allgemeine Krankenversicherung in Frankreich vs. GKV Deutschland⁴⁸

⁴⁸ AOK Bundesverband: www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/info/nonperiodika/zahlen_fakten_2013.pdf

In Frankreich gibt es – im Gegensatz zu Deutschland – keine separate Pflegeversicherung. Die Kosten für pflegerische Maßnahmen zu Lasten der allgemeinen Krankenversicherung werden in der vorstehenden Grafik unter „Sonstige“ erfasst, sie fehlen in der deutschen Darstellung.

Vorsorgeleistungen werden in Frankreich nicht separat ausgewiesen, für die GKV finden sich diese Ausgaben unter „Sonstige“. Leistungen für Zahnersatz werden in der GKV-Darstellung dem zahnärztlichen Ausgabenbereich zugewiesen – die Statistiken der allgemeinen Krankenversicherung weisen diese Position nicht gesondert aus.

Die in den GKV-Statistiken enthaltenen Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel lassen sich für Frankreich nicht dezidiert ausweisen und werden daher ebenfalls unter „Sonstige“ berücksichtigt.

Analog zu den Aussagen in Kapitel 3.3 (Gesundheitsausgaben über alle Bereiche) liegen die Kosten für stationäre Behandlungen je gesetzlich Versichertem in Frankreich sowohl anteilig als auch absolut deutlich über jenen in Deutschland.

Wie bereits erwähnt, ist bei diesem Vergleich jedoch zu beachten, dass gewisse Behandlungen, die in Deutschland zum ambulanten Versorgungsbereich gehören, in Frankreich von stationären Einrichtungen erbracht bzw. organisiert werden und somit bei den Krankenhausausgaben aufgeführt werden (z. B. Dialyse, Strahlen-, Chemotherapie, ambulante chirurgische Eingriffe, Rettungswesen). Ferner besteht in Frankreich eine monistische Krankenhausfinanzierung, die deutschen Krankenhäuser dagegen werden dual finanziert.

Die Ausgabenanteile für ambulante Behandlungen (sowohl im ärztlichen als auch zahnärztlichen Bereich) sind wiederum in Deutschland erheblich höher als in Frankreich.

Gleiches gilt auch für die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungssysteme beider Länder: in Frankreich betragen diese im Jahr 2012 rund 317 Euro, in Deutschland 427 Euro je Versichertem. Bei der Ergebnisinterpretation sind auch hierbei gewisse Strukturunterschiede (s. o.) zu berücksichtigen.

5. Regulierung der Arzneimittelpreise und Auswertungsgrundlagen

5.1 Arzneimittelpreise und -ausgabensteuerung in Frankreich^{49,50}

Die Arzneimittelzulassung in Frankreich erfolgt nach einer Nutzen- / Risiko-Evaluation durch die „Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé“ (ANSM) bzw. die Europäische Arzneimittelagentur (EMA). Für die Kostenübernahme durch die französische Krankenpflichtversicherung reicht die Zulassung alleine jedoch nicht aus: das Arzneimittel muss explizit in eine von drei **Positivlisten** erstattungsfähiger Arzneimittel aufgenommen werden (je eine Liste für den ambulanten bzw. stationären Bereich sowie eine Liste mit Arzneimitteln, die nur von Krankenhausapotheken abgegeben werden dürfen).

Die ANSM kann also die Verordnungsfähigkeit auf bestimmte medizinische Fachgebiete bzw. Sektoren beschränken.

Die Aufnahme in eine dieser Positivlisten ist indikationsbezogen. Somit kann ein Arzneimittel selektiv für gezielte Bereiche seines Indikationsspektrums zur Kostenerstattung zugelassen sein.

Die Preise erstattungsfähiger Arzneimittel werden auf Basis diverser Gutachten unterschiedlicher Kommissionen vertraglich vereinbart:

- Nach Antrag des pharmazeutischen Unternehmens auf Aufnahme seines Arzneimittels in die Positivliste erfolgt ein Gutachten zum medizinischen Nutzen (SMR – s. u.) sowie zum Zusatznutzen im Vergleich zur Standardtherapie (ASMR – s. u.) durch die Transparenz-Kommission der „Haute Autorité de Santé“ (HAS).
- Für Medikamente mit einem hohen Zusatznutzen (ASMR I bis III – s. u.) und solche, die eine bedeutende Auswirkung auf die Arzneimittelausgaben der Krankenversicherung haben können, gibt es seit 2012 eine Evaluation der Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu bereits bestehenden Therapieoptionen. Zu diesem Zweck wurde bei der HAS 2008 die CEEPS (Commission Evaluation économique et de santé publique) als weitere Expertenkommission gegründet.⁵¹
- Die Gutachten sind die Grundlagen für die Preisverhandlung (s. u.) durch den Wirtschaftsausschuss für Gesundheitsprodukte (Comité économique des produits de santé – CEPS) beim Gesundheitsministerium sowie die Festlegung des Erstattungssatzes (s. u.) durch den Spitzenverband der Krankenkassen (UNCAM).
- Schließlich erlassen die Minister für Gesundheit, Wirtschaft bzw. Industrie gemeinsam die Entscheidung über die Aufnahme in eine oder mehrere Positivlisten, Höchstpreis und Erstattungssatz.

⁴⁹ Code de la santé publique: Französisches Gesundheitsgesetzbuch

⁵⁰ Europäisches Verbraucherzentrum Deutschland: www.eu-verbraucher.de/de/verbraucherthemen/gesundheits-in-der-eu/der-kauf-von-medikamenten/medikamentenpreise/;
Studie: www.eu-verbraucher.de/fileadmin/user_upload/eu-verbraucher/PDF/Berichte/medikamentenvergleichsstudie-DE-mit_tabelle_01.pdf (Abruf 12.12.2013)

⁵¹ Die CEEPS besteht aus 33 Experten mit Stimmrecht, die von der HAS ernannt werden – Wirtschaftsfachleute, Kliniker, Epidemiologen, Sozialmediziner, Sozialwissenschaftler und Vertreter von Patientenverbänden – sowie konsultativ von Vertretern des Gesundheitsministeriums bzw. der gesetzlichen Pflicht-Krankenversicherung und sonstigen relevanten externen Experten.

Die private Zusatzversicherung erstattet systematisch die Differenz zwischen Apotheken-Abgabepreis und Kostenerstattungssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Transparenz-Kommission ist eine unabhängige Expertenkommissionen bei der Haute Autorité de Santé und mit dem deutschen IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) vergleichbar. Sie besteht aus wissenschaftlichen Experten, Vertretern der öffentlichen Verwaltung, der gesetzlichen Krankenversicherungen sowie – im Gegensatz zum IQWiG – des Verbandes der Arzneimittelhersteller.

Die **Nutzen-Evaluation** der Transparenz-Kommission bewertet folgende Punkte:

1. Stichhaltigkeit der Aufnahme in die Positiv-Liste in Bezug auf den **medizinischen Nutzen („SMR“)**⁵² für jede zugelassene Indikation in Bezug auf 5 Kriterien:
 - Nutzen-Risiko-Relation: Informationen aus Zulassungsstudien sowie Daten der Pharmakovigilanz
 - Platz des Arzneimittels in der therapeutischen Strategie: Leitlinien, Richtlinien, Konsenskonferenzen, Analysen der ANSM, Expertenmeinungen, Informationen über Verordnungsgewohnheiten
 - Schweregrad der Erkrankung: Letalität, Ursache einer Behinderung, Einschränkung der Lebensqualität
 - Art der Therapie: Präventiv, symptomatisch, kurativ, palliativ
 - Interesse für die öffentliche Gesundheit: Prioritär sind potentiell schwer verlaufende Volkskrankheiten (z. B. Bluthochdruck, Diabetes), schwere, tödlich verlaufende (z. B. Krebs) bzw. degenerative Erkrankungen (z. B. Osteoporose, Alzheimer, Makuladegeneration) sowie Krankheiten, die im Blickpunkt der Öffentlichkeit stehen (z. B. AIDS). Kriterium ist die Reduktion von Morbidität und Mortalität.

2. Vergleich des Arzneimittels in Bezug auf den medizinischen Nutzen („SMR“) mit den anderen Arzneimitteln der Referenzklasse (ATC-Klassifikation):
 - Bei Arzneimitteln bekannter Therapieklassen (z. B. Statine): Vergleich mit den anderen Vertretern derselben Klasse (insbesondere mit dem meist verordneten, dem kostengünstigsten sowie dem zuletzt in die Positiv-Liste aufgenommenen Arzneimittel)
 - Beim einzigen Wirkstoff einer Klasse: Vergleich mit Arzneimitteln desselben Indikationsbereichs (z. B. Antidiabetika)
 - Beim einzigen Arzneimittel einer neuen Indikation (z. B. Verteporfin): Vergleich mit den bisherigen Therapieoptionen medikamentöser oder sonstiger Art.

Im Anschluss an diese Bewertung wird das Arzneimittel in eine von 4 „SMR“-Klassen eingestuft: Bedeutender, mittlerer bis mäßiger, schwacher bzw. ungenügender medizinischer Nutzen.

⁵² SMR = service médical rendu

Arzneimittel mit einem ungenügenden „SMR“ sind von der Kostenerstattung auszuschließen. Die endgültige Entscheidung obliegt jedoch dem Ministerium.

3. Verbesserung des medizinischen Nutzens oder **medizinischer Mehrwert („ASMR“)**⁵³ eines Arzneimittels im Vergleich zu seiner Klasse für jede zugelassene Indikation in Bezug auf die bereits zur Kostenerstattung zugelassenen Therapiemöglichkeiten:
 - ASMR I: Äußerst bedeutender Therapiefortschritt. Die Stufe I wird selten erteilt (z. B. Erythropoietin oder Rituximab). Es handelt sich entweder um Therapien für seltene Krankheiten oder solche, welche die Mortalität signifikant mindern.
 - ASMR II: Bedeutende Verbesserung in Bezug auf Wirksamkeit und/oder Minderung von Nebenwirkungen
 - ASMR III: Bescheidene Verbesserung in Bezug auf Wirksamkeit und/oder Minderung von Nebenwirkungen.
 - ASMR IV: Mäßige Verbesserung in Bezug auf Wirksamkeit und/oder Minderung von Nebenwirkungen
 - ASMR V: Keine Verbesserung, meist „Me-Too“- oder Analogpräparate.

Es handelt sich hierbei nicht um eine absolute „Note“, sondern um eine verhältnismäßige Einstufung beim Vergleich eines neuen Produktes mit den bestehenden Therapiemöglichkeiten für eine bestimmte Indikation. So kann z. B. eine „ASMR III“ in einer Therapieklasse mit vielen Vertretern einen gewissen Mehrwert darstellen.

4. Benutzungsmodalitäten des Arzneimittels, insbesondere in Bezug auf Behandlungsdauer und Dosierung
5. Schätzung der für die festgehaltene Indikation in Frage kommenden Patientenzahl
6. Angemessenheit der Darreichungsform in Bezug auf Therapiedauer und Dosierung
7. Einstufung des Kostenerstattungssatzes

Die Gutachten der Kommission werden auf der Webseite der HAS veröffentlicht und in Kurzfassung (sog. „fiches de transparence“) an die Ärzte verteilt.

Generika und Parallelimporte sind dieser Bewertung nicht unterworfen. Bei diesen wird von einer mit dem Referenzpräparat vergleichbaren „SMR“- bzw. „ASMR“-Stufe ausgegangen.

Bei ihrer Bewertung legt die Transparenz-Kommission besonderen Wert auf komparative Studien gegenüber Referenztherapien, allerdings werden indirekte Vergleichsanalysen durchgeführt. Falls die Studienlage die Beurteilung des therapeutischen Nutzens nicht erlaubt, kann die Kommission vom Hersteller die Durchführung weiterer Studien verlangen.

⁵³ ASMR: amélioration du service médical rendu

Der festgestellte medizinische Nutzen („SMR“) bedingt die Aufnahme in die Positivliste sowie die Höhe der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung, der therapeutische Mehrwert („ASMR“) die Höhe des Preises (s. u.).

Die Beipackzettel der Präparate bzw. die Pharmavertreter müssen über die Einstufung des therapeutischen Nutzens und den Mehrwert des Arzneimittels informieren.

Die **Preisverhandlung bzw. –festlegung** erfolgt durch den Wirtschaftsausschuss für Gesundheitsprodukte (CEPS) beim Gesundheitsministerium. Der CEPS verhandelt den Preis mit dem Hersteller, ggf. kann der Preis auch einseitig vom CEPS bzw. durch die zuständigen Minister festgelegt werden. Der CEPS besteht aus einem vom Minister ernannten Vorsitzenden, Vertretern der Regierung, der gesetzlichen Krankenversicherung sowie des Verbandes der Zusatzversicherungen (UNOCAM).

Bei der Preisfestsetzung werden folgende Kriterien betrachtet:

- „ASMR“-Einstufung
- Preise therapeutisch vergleichbarer Arzneimittel
- Geschätzte oder festgestellte Verordnungsvolumina
- Vorausssehbare Verbrauchsbedingungen
- Substitutionsrate bei generischer Verfügbarkeit.

Für Arzneimittel mit einem ASMR I bis IV kann der Hersteller einen Preisvorschlag machen, der im Mittel von 4 europäischen Ländern liegen muss (Deutschland, Großbritannien, Italien und Spanien). Im Gegenzug muss sich der Fabrikant für einen kohärenten Preis, ein begrenztes Verkaufsvolumen und die Durchführung von Beobachtungsstudien engagieren. Bei Arzneimitteln mit „ASMR V“ muss der Preis unter dem Preis der bereits vorhandenen Therapieoptionen liegen.

Der Preisvertrag ist 4 Jahre gültig und kann Klauseln über eventuell absteigende Preisentwicklungen je nach Verordnungsvolumen beinhalten.

Die Einstufung des medizinischen Nutzens („SMR“) bedingt die **Höhe des Erstattungssatzes** durch den Spitzenverband der französischen Krankenversicherungen (UNCAM):

- Bei Arzneimitteln mit einem bedeutenden „SMR“ sowie Arzneimitteln zur Behandlung schwerer Krankheiten können zwischen 60 und 70 % erstattet werden (z. B. Antibiotika).
- Bei Arzneimitteln mit mittlerem Nutzen und solchen gegen Erkrankungen ohne schweren Verlauf werden zwischen 30 und 40 % erstattet (hierunter fallen z. B. auch Homöopathika).
- Bei Arzneimitteln, die eine mäßige Verbesserung bewirken, werden bis zu 15 % der Kosten erstattet.

In den Departements im Elsass und der Mosel, die aus historischen Gründen in den Vorzug eines örtlichen Krankenversicherungsregimes mit einer besseren Kostenübernahme kommen, liegen die Erstattungssätze bei 90, 80 und 15 %.

Bis 2014 wurde der Erstattungssatz mit einer weißen, blauen oder orangefarbenen Plakette auf der Arzneimittelpackung angezeigt.

Seit 2004 wird die Höhe der **Zuzahlung** der Versicherten im Rahmen der gesetzlich je nach „SMR“-Einstufung vorgesehenen Korridore und Beschlüsse des Aufsichtsrats durch den Generaldirektor des Spitzenverbands der Krankenkassen (UNCAM) festgelegt.

In jedem Fall hat der Patient eine Selbstbeteiligung in Höhe von 0,50 Euro pro Medikament und Packung zu bezahlen.

Per Beschluss kann die Regierung die Zuzahlung bei lebensnotwendigen, sehr kostspieligen Arzneimitteln (z. B. Chemotherapeutika) erlassen.

Versicherte, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eine chronische Krankheit anerkannt hat, können ebenfalls von der Zuzahlung auf die (indikationsbezogenen) Verordnungen befreit werden. Die Arzneimittel müssen allerdings auf einem besonderen, zweigeteilten Verordnungsformular kenntlich gemacht werden.

Bei starkem Volumen- oder Ausgabenanstieg kann der Generaldirektor der UNCAM theoretisch den Erstattungssatz nach Information des Herstellers, des CEPS und des Ministeriums senken. Der Hersteller kann hierzu schriftlich Stellung nehmen oder eine Anhörung durch die Transparenz-Kommission beantragen. In der Praxis ist eine solche Senkung jedoch noch nie erfolgt.

Für **generikafähige Arzneimittel** kann die Kostenerstattung auf – ebenfalls vom CEPS festgelegte – Richtpreise beschränkt werden, falls der erwartete Generikaanteil nicht erreicht wird.

Nicht in die Positivliste aufgenommen und somit **von der Kostenerstattung ausgeschlossen** werden

- Arzneimittel mit – im Vergleich zu anderen Therapien – ungenügendem therapeutischen Nutzen („SMR“)
- Arzneimittel ohne medizinischen Mehrwert („ASMR V“) und solche, die keine finanzielle Einsparung mit sich bringen
- Arzneimittel, die eine ungerechtfertigte Steigerung des Arzneimittelverbrauchs oder der Ausgaben verursachen würden
- Arzneimittel, deren vorgeschlagene Preise nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen.

Weiterhin können – nach Stellungnahme der Transparenz-Kommission – folgende Umstände zum Ausschluss aus der Positivliste führen:

- Arzneimittel, die nicht regelmäßig hergestellt werden
- Antrag des Herstellers
- Preis des Arzneimittels nicht mehr gerechtfertigt
- Beipackzettel bietet nicht die für die Sozialversicherung notwendigen Informationen
- Versäumnis des Herstellers, das Ministerium über Änderungen der Daten zu informieren, auf denen die Zulassung zur Kostenerstattung beruht.

Die Entscheidung über die Kostenerstattung, inklusive Preis- und Erstattungssatzfestsetzung, muss innerhalb von 180 Tagen geschehen. Der beantragende Hersteller muss eine Gebühr an die Haute Autorité de Santé entrichten.

Die Aufnahme in die Positivliste ist 5 Jahre gültig: Danach muss der Hersteller eine Neubewertung beantragen, ansonsten wird das Arzneimittel automatisch von der Liste gestrichen. Die Kommission kann ihrerseits jederzeit eine **erneute Bewertung** vorsehen. Dabei geht es vor allem um die Berücksichtigung neuerer Daten und wissenschaftlicher Erkenntnisse. Falls die Neubewertung im Ergebnis zu einem ungenügenden therapeutischen Nutzen kommt, muss das betroffene Arzneimittel im Prinzip aus der Positivliste ausgeschlossen werden. Das Gesetz erlaubt den zuständigen Ministern allerdings, die Kostenübernahme „im Interesse der öffentlichen Gesundheit“ aufrecht zu erhalten.⁵⁴

Auch in Frankreich werden die Großhandelsmargen gesetzlich geregelt: Für Medikamente unter 450 Euro liegt die Marge bei 6,68 % (Minimum von 0,30 Euro). Die Marge des Apothekers setzt sich aus einer Pauschale für die Beratungsleistung und einem prozentualen degressiven Zuschlag zusammen. 2012 lag die Pauschale bei 0,53 Euro, der Zuschlag zwischen 6 % und 26,1 %. 2014 wurde die Vergütung neu geregelt: die Pauschale wird nach und nach auf einen Euro erhöht, plus 0,50 Euro für komplexe Verordnungen von über fünf Arzneimitteln. Die Obergrenze der prozentualen degressiven Marge wird auf 25,5 % herabgesetzt. Für kostenintensive Arzneimittel ist die Marge bei 97,43 Euro gedeckelt.

Der Mehrwertsteuersatz beträgt 2,1 % für die erstattungsfähigen Arzneimittel bzw. 10 % für nicht erstattungsfähige Medikamente.

Generikapreise liegen in Frankreich automatisch mindestens 60 % unter jenen des Originalpräparates vor Markteinführung des Generikums. Der Preis des Originals sinkt automatisch um 20 % sobald ein Generikum auf den Markt kommt. Nach achtzehnmonatiger Nutzung entscheidet der CEPS entweder das Originalpräparat und die entsprechenden Generika mit einem Gruppenfestbetrag zu erstatten oder die Preise des Originals um weitere 12,5 % bzw. des Generikums um 7 % abzusenken.

Im Mittel liegen die Preise für Generika in Frankreich rund 30 % unter dem der Originalpräparate.

⁵⁴ So wurde 2005 für die gesamte Klasse der Venen- und durchblutungsfördernden Mittel (z. B. Dipyridamol) ein unzureichender „SMR“ festgestellt. Auf Druck der Pharmaindustrie („drohende Entlassungen“ etc.) hat die Regierung im Rahmen des alljährlichen Gesetzes zur Finanzierung der Sozialversicherung den Erstattungssatz für eine zweijährige Übergangsphase auf 15 % herabgesetzt.

Da die Generikaquoten in Frankreich gegenüber anderen europäischen Ländern früher eher gering waren, verhandelt der Spitzenverband der französischen Krankenversicherung (UNCAM) mit den Apothekerverbänden jedes Jahr eine Zielvorgabe zur Substitution. Für 2012 lag diese bei 85 %. Apotheker sind verpflichtet, bei verschreibungspflichtigen Präparaten ein Generikum abzugeben (Ausnahme: Angabe des Arztes „keine Substitution“ neben dem Medikamentennamen). Akzeptiert der Patient die Substitution, kommt er in den Genuss des Sachleistungsprinzips. Besteht der Patient auf den Erhalt des Originalpräparates, muss er die Kosten zunächst selbst tragen und im Nachhinein deren Erstattung bei seiner Krankenkasse beantragen. Im Jahr 2011 handelte es sich bei jedem 4. erstatteten Medikament um ein Generikum.⁵⁵

Im Durchschnitt liegen die französischen Arzneimittelpreise (auch die der nicht-erstattungsfähigen Medikamente) deutlich unter dem Preisniveau in Deutschland – eine nicht unerhebliche Rolle spielen der deutlich geringere Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel in Frankreich (2,1 %) sowie die differierenden Margen insbesondere für die Apotheker.

Auch die Packungsgrößen differieren zwischen den beiden Ländern: Während in Deutschland häufig größere Packungen à 30, 50 oder 100 Einheiten verordnet bzw. verkauft werden, gibt es in Frankreich Großpackungen für 3 Monate nur für die Behandlung einiger chronischer Erkrankungen (Antihypertensiva, Antidiabetika, Lipidsenker, Osteoporose- und Prostatamittel). Ansonsten enthalten die Packungen zwischen 10 und 28 Einheiten. Für die Gegenüberstellungen dieses Reports wurde daher auf die Darstellung der verordneten Packungen verzichtet. Zu beachten ist jedoch, dass größere Medikamentenpackungen in der Regel preisgünstiger sind als kleine Packungen.

Zur Regulierung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen gibt es Qualitätsindikatoren, die im Rahmen der Honorierung der Ärzte „nach öffentlichen Gesundheitszielen“ bei Einhaltung zu einem Bonus führen. Für Allgemeinmediziner geht es derzeit z. B. um den Anteil generikafähiger Wirkstoffe bei bestimmten verordnungstarken Wirkstoffgruppen, den Anteil von Patienten mit Antibiotika, langwirkenden Benzodiazepinen, Durchblutungsmitteln sowie den Anteil an Sartanen und Clopidogrel. Die Qualitätsziele werden von Vertretern der Primärkassen durch Besuche bei den Ärzten beworben. Ihre Nichtbeachtung wird allerdings nicht sanktioniert.

5.2 Arzneimittelpreise und -ausgabensteuerung in Deutschland

Mit der Einführung des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) hat die Gesundheitspolitik in Deutschland eine Richtung eingeschlagen, die sich in zahlreichen anderen Industrienationen (in ähnlicher Form) bereits seit Jahren bewährt hat: Während pharmazeutische Unternehmen die Preise für neue, patentgeschützte Arzneimittel bei Markteinführung in Deutschland bislang beliebig festlegen konnten, müssen sich neu zugelassene, verschreibungspflichtige Medikamente seit 2011 auch in Deutschland einer „frühen Nutzenbewertung“ im Vergleich mit der „zweckmäßigen Vergleichstherapie“ stellen. Findet sich für ein neues Arzneimittel kein Zusatznutzen, erfolgt die Einordnung in eine Festbetragsgruppe.

⁵⁵ Etude européenne sur la consommation de médicaments publiée par l'assurance maladie en mai 2011 : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Fiche_Focus_Consommation_de_medicaments_en_Europe_Vdef.pdf

Bei bestätigtem Zusatznutzen folgen Preisverhandlungen zwischen Hersteller und Vertretern des GKV-Spitzenverbandes. Der so ausgehandelte Preis definiert den maximal von den Krankenkassen zu erstattenden Betrag – zusätzlich können weitere Rabatte zwischen pharmazeutischem Unternehmen und Krankenkasse(n) vereinbart werden (z. B. nach § 130a Abs. 8 SGB V). Auch bei fehlendem Zusatznutzen und unmöglicher Zuordnung in eine Festbetragsgruppe folgen Preisverhandlungen, wobei die Erstattung maximal die Kosten der Vergleichstherapie betragen darf. Somit handelt es sich – ähnlich wie in Frankreich – um ein 2-stufiges Verfahren, bei dem zunächst der Nutzen einer neuen Substanz (unabhängig vom Preis) bewertet und anschließend der Preis verhandelt bzw. festgesetzt wird. Allerdings kommt das Medikament in Deutschland in der Regel unmittelbar nach seiner Zulassung auf den Markt, d. h. bis zum Abschluss der Nutzenbewertung bzw. Preisverhandlungen (Abschluss innerhalb von 12 Monaten nach Markteinführung) kann der pharmazeutische Unternehmer die Preise seiner neuen Arzneimittel willkürlich festlegen. Die ursprünglich geplante Ausweitung der Nutzenbewertung auf den sogenannten Bestandsmarkt wurde von der aktuellen Bundesregierung gestoppt.

Eine weitere, wesentliche Rolle bei der Arzneimittelpreisregulation in Deutschland bilden die seit Jahren etablierten Festbeträge gem. §35 SGB V. Dabei handelt es sich um Obergrenzen für die Erstattung von Arzneimittelkosten durch die gesetzlichen Krankenkassen. Ist ein Arzneimittel teurer als der Festbetrag, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen, oder aber er erhält in der Apotheke ein kostengünstigeres, therapeutisch gleichwertiges Arzneimittel ohne Aufzahlung. Der Verordnungsanteil von Medikamenten mit Festbetrag liegt bei rund 75 %.⁵⁶

Der vom Versicherten zu tragende Eigenanteil bei Arzneimitteln beträgt 10 % des Verkaufspreises (max. 10 Euro, bei Arzneimitteln unter 5 Euro hat der Patient den Arzneimittelpreis komplett zu bezahlen). Besonders preisgünstige Arzneimittel, deren Kosten mindestens 30 % unter dem Festbetrag liegen, sind zuzahlungsfrei. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind generell von der Zuzahlungspflicht befreit. Volljährige Patienten können sich bei ihrer Krankenkasse befreien lassen, wenn ihre Zuzahlungen zu Arzneimitteln und anderen Kassenleistungen die Belastungsgrenze von zwei Prozent des Jahresbruttoeinkommens erreichen. Bei chronisch Kranken gilt ein reduzierter maximaler Zuzahlungsanteil von einem Prozent.

Neben Nutzenbewertung und Festbeträgen existieren in Deutschland weitere Regelungen, die der Kostendämpfung dienen sollen. Hierzu gehören sowohl die zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen ausgehandelten Rabatte nach § 130a SGB V als auch regionale Zielvereinbarungen im vertragsärztlichen Versorgungsbereich, die bestimmte Wirkstoffe im Sinne von Leitsubstanzen empfehlen (z. B. Simvastatin und Pravastatin bei indizierter Statintherapie) oder wirkstoffspezifische Verordnungsgrenzen definieren (z. B. maximale DDD-Anteile von Sartanen und Aliskiren an allen RAS-Wirkstoffen, Mindestquote für den Generikaanteil bei atypischen Neuroleptika).⁵⁷

Weitere Instrumente der Ausgabensteuerung sind die verschiedenen Formen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, allen voran die sogenannte Richtgrößenprüfung nach § 106 SGB V, in deren Zusammenhang eine praxisindividuelle Überschreitung vorgegebener Arznei- oder Heilmittel-Verordnungsvolumina mit Sanktionen (z. B. individuelle Beratung, Regress etc.) belegt werden kann.

⁵⁶ Bundesministerium für Gesundheit: www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/fuenf-fragen-zu-arzneimittelpreisen.html

⁵⁷ Anlage zur Arzneimittelvereinbarung Baden-Württemberg 2013: www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/arzneimittelvereinbarung_2013.pdf

Auch in Deutschland gilt eine Substitutionspflicht durch den Apotheker (Ausnahme: „aut idem“-Kreuz auf dem Rezept).

Für verschreibungspflichtige Arzneimittel werden die von Großhandel bzw. Apotheken erhobenen Zuschläge auf den Abgabepreis des Herstellers staatlich begrenzt (Arzneimittelpreisverordnung). Der Zuschlag des Großhandels auf verschreibungspflichtige Arzneimittel liegt bei 3,15 % je Packung (max. 37,80 Euro) zuzüglich eines Festzuschlages von 70 Cent je Packung. Der Apothekenzuschlag beläuft sich auf 3 % des Einkaufspreises zzgl. eines Fixbetrages von 8,35 Euro je Packung, zuzüglich 16 Cent zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes. Bei der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen wiederum gewähren die Apotheken bei verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln aktuell einen Rabatt in Höhe von 1,80 Euro.

Für verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Festbetrag bezahlen die pharmazeutischen Unternehmen seit 01.04.2014 einen gesetzlich vorgegebenen Rabatt von 7 % ihres Verkaufspreises an die Krankenkassen.

Ein bis 2017 geltendes Preismoratorium für patentgeschützte Arzneimittel (Einfrieren auf das Niveau von 2009) soll Preiserhöhungen verhindern.

Der Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel liegt in Deutschland bei 19 %.

Die folgende Darstellung des vfa vergleicht die Arzneimittel-Preisstruktur beider Länder:⁵⁸

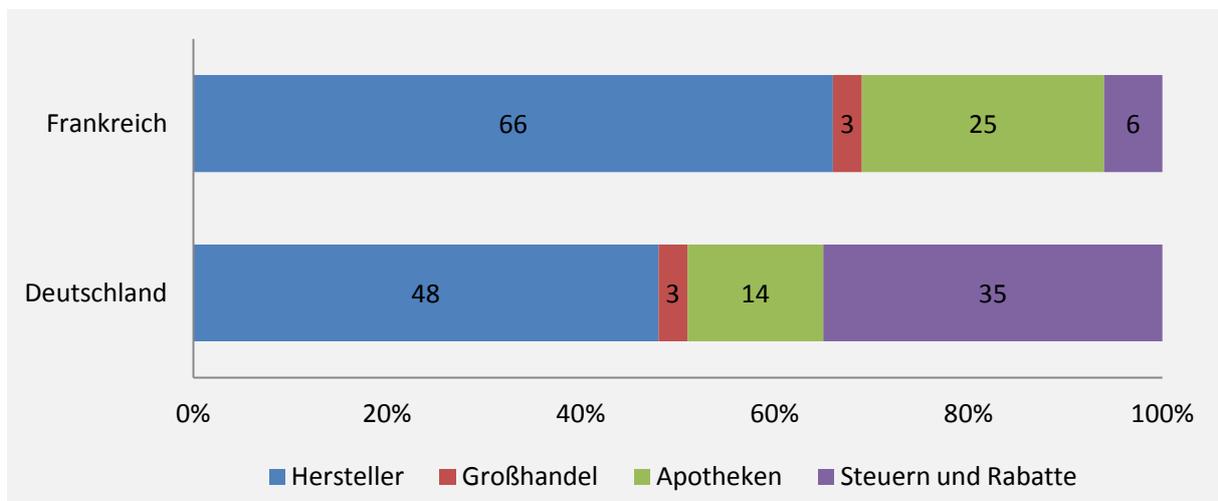


Abb. 12: Arzneimittel-Preisstruktur: Frankreich vs. Deutschland

5.3 Methodik, Datengrundlage und Ziele der folgenden Arzneimittelanalysen

Anhand der folgenden Auswertungen sollen die wichtigsten Unterschiede bei der ambulanten medikamentösen Behandlung gesetzlich krankenversicherter Bürger im Elsass bzw. Baden-Württemberg aufgezeigt werden. Das Hauptaugenmerk liegt in der Wirkstoffauswahl und Behandlungsintensität,

⁵⁸ Die forschenden Pharma-Unternehmen vfa: <http://www.vfa.de/download/statistics-2014.pdf>: Verordnete bzw. erstattete Arzneimittel; Stand: 2012 – Quelle der Grafik: EFPIA, Pharmaverbände der europäischen Länder

selbstverständlich werden aber auch Kosten betrachtet. Die Darstellung von Jahrestherapiekosten eines Patienten bzw. Erstattungsanteilen der allgemeinen Krankenversicherung (Frankreich) soll der besseren Veranschaulichung dienen.

Preisvergleiche auf internationaler Ebene sind meist schwierig, da insbesondere unterschiedliche Packungsgrößen bzw. fehlende Informationen über die echten Nettokosten (u. a. Geheimhaltung von Rabattpreisen) der einzelnen Arzneimittel zu methodischen Problemen führen. In den Darstellungen dieses Reports wird sowohl bei den französischen als auch deutschen Arzneimittelkosten von Bruttopreisen ausgegangen.

Im Arzneiverordnungs-Report 2013 von Schwabe et al. wird für die 50 umsatzstärksten deutschen Patentarzneimittel ein deutsch-französischer Preisvergleich vorgenommen.^{59,60} Dabei zeigt sich, dass die Kosten dieser Arzneimittel im (ungewichteten) Durchschnitt in Deutschland rund 31 % über jenen in Frankreich liegen. Auch nach Berücksichtigung der unterschiedlichen Mehrwertsteuersätze verbleiben noch rund 9 % Preisunterschied.

Sofern bei den Analysen nichts anderes beschrieben ist, beziehen sich diese auf ambulant getätigte Verordnungen von Fertigarzneimitteln des Jahres 2012.

In Analysen mit Versichertenbezug wird häufig von sogenannten „Rezeptpatienten“ (RP) gesprochen. Dabei handelt es sich um Versicherte mit (mindestens einer) Arzneimittelverordnung im betrachteten Zeitraum. In Zusammenhang mit Auswertungen zu spezifischen Arzneimitteln, Wirkstoffen und Wirkstoffklassen wird damit die Anzahl der Versicherten angegeben, die (mindestens) eine Verordnung (VO) des jeweiligen Arzneimittels oder Wirkstoffs (aus der jeweiligen Klasse) erhalten haben.

Da die Auswertungen auf von den Apotheken abgegebenen Arzneimitteln beruhen, kann daraus nicht auf patientenindividuelle Faktoren wie z. B. tatsächlich eingenommene Medikamente, Dosierungen, Compliance oder Therapieabbrüche geschlossen werden.

5.3.1 Datengrundlage des Service médical Alsace-Moselle

Der medizinische Dienst der französischen Krankenversicherung (Service médical) hat zu individuellen Kontrollzwecken kassenspezifisch Zugang zu den Daten der Arzneimittelabrechnung (abgegebenes Medikament, Menge, Ausgaben, Patient, verordnender Arzt und ausgebende Apotheke). Diese Daten werden in anonymisierter Form in regionalen bzw. nationalen Datenbanken zusammengetragen.

Die Daten und Auswertungen der Arzneimittelverordnungen in Frankreich bzw. im Elsass wurden durch den Service médical Alsace-Moselle zur Verfügung gestellt.

Sofern im Text nicht anders beschrieben, handelt es sich bei Ausgaben bzw. Kosten um **erstattungs-fähige** Kosten (einschließlich Zuzahlung) – vergleichbar mit den „Bruttokosten“, die den baden-württembergischen Auswertungen zugrunde liegen.

⁵⁹ Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.) (2013): Arzneiverordnungs-Report 2013, Springer-Verlag; S. 13-17

⁶⁰ Datenbasis: Deutscher Apothekenverkaufspreis abzüglich gesetzlicher Rabatte bzw. von der französischen Krankenversicherung erstatteter Apothekenverkaufspreis inklusive aller Steuern

In Frankreich dürfen in öffentlichen Apotheken keine parenteral zu verabreichenden Rezepturen hergestellt werden. Diese werden ausschließlich in Krankenhausapotheken zubereitet und auch im Krankenhaus appliziert.

Die folgenden Auswertungen über die Arzneimittelverordnungen in Frankreich bzw. im Elsass umfassen **ausschließlich Fertigarzneimittel**. Neben Rezepturen fehlen in den Auswertungen auch Diagnostika, wie z. B. Blutzuckerteststreifen (ATC V04), allgemeine Diätetika (ATC V06), Verbandmittel und andere nichttherapeutische Mittel (ATC V07).

Bei den folgenden Ausführungen zu Frankreich werden die französischen Überseegebiete nicht berücksichtigt.

5.3.2 Datengrundlage der Abteilung Verordnungscontrolling beim MDK Baden-Württemberg

Die Abteilung Verordnungscontrolling des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Baden-Württemberg führt kassenartenübergreifend Arznei- und Heilmittelverordnungsdaten zusammen.

Vorrangiges Ziel ist die Beratung und Unterstützung der gesetzlichen Krankenversicherung in Baden-Württemberg bei Vertragsverhandlungen, der Entwicklung von Maßnahmen zur Ausgabensteuerung, Versorgungsforschung etc. Daneben erfolgen auf dieser Datenbasis Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V durch die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen.

Die Abteilung Verordnungscontrolling erhält von den gesetzlichen Krankenkassen⁶¹ u. a. die Arzneimittelverordnungen aller Vertragsärzte, Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, ärztlich geleiteten Einrichtungen, Dialysezentren etc. in Baden-Württemberg in elektronischer Form.⁶² Die Daten werden aggregiert, mit den Stammdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KV BW) zusammengeführt und weiterverarbeitet. So wird z. B. den auf dem Rezept aufgedruckten Pharmazentralnummern (PZN) der abgegebenen Medikamente der jeweilige ATC-Code des Wirkstoffs zugeordnet. Durch Abgleich mit diversen Arzneimitteldatenbanken (IFA, Lauer-Taxe, WIdO etc.)^{63,64} lassen sich die keinem konkreten Wirkstoff bzw. ATC-Code zuzuordnenden PZN auf ein Minimum (< 0,06 % der AM-Gesamtausgaben in Baden-Württemberg) reduzieren.

Die elektronischen Datensätze enthalten die Versichertendaten in pseudonymisierter Form.

Prinzipiell werden in den Daten der Abteilung Verordnungscontrolling alle Produkte als „Arzneimittel“ erfasst, die nach § 31 SGB V in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen sind. Neben den apothekenpflichtigen, nicht von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossenen Arzneimitteln sind dies auch Rezepturen, Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie arzneimittelähnliche Medizinprodukte. Da diese – meist unter der ATC-Gruppe „V“ (= Varia) subsummierten – Substanzen und Produkte in den französischen Daten nicht enthalten sind, werden sie zur besseren Vergleichbarkeit

⁶¹ AOK Baden-Württemberg, LKK Baden-Württemberg; IKK, BKK, vdek, Knappschaft jeweils bundesweit

⁶² Datenlieferungen gemäß § 300 bzw. § 302 SGB V bzw. dazugehörige Vereinbarungen einschl. technischer Anlagen

⁶³ IFA: Informationsstelle für Arzneispezialitäten GmbH

⁶⁴ WIdO: Wissenschaftliches Institut der AOK

nicht berücksichtigt oder aber separat ausgewiesen. Gleiches gilt aufgrund besonderer Regelungen auch für die Verordnungen von Impfstoffen, Sprechstundenbedarf sowie Hilfsmitteln.

Die Kosten beziehen sich immer auf die Angaben unmittelbar auf der Verordnung (Bruttokosten). Informationen über Retaxierungen bzw. die Höhe von Erstattungen aufgrund von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen liegen der Abteilung Verordnungscontrolling nicht vor.

6. Arzneimittelausgaben

6.1 Arzneimittelausgaben in Frankreich

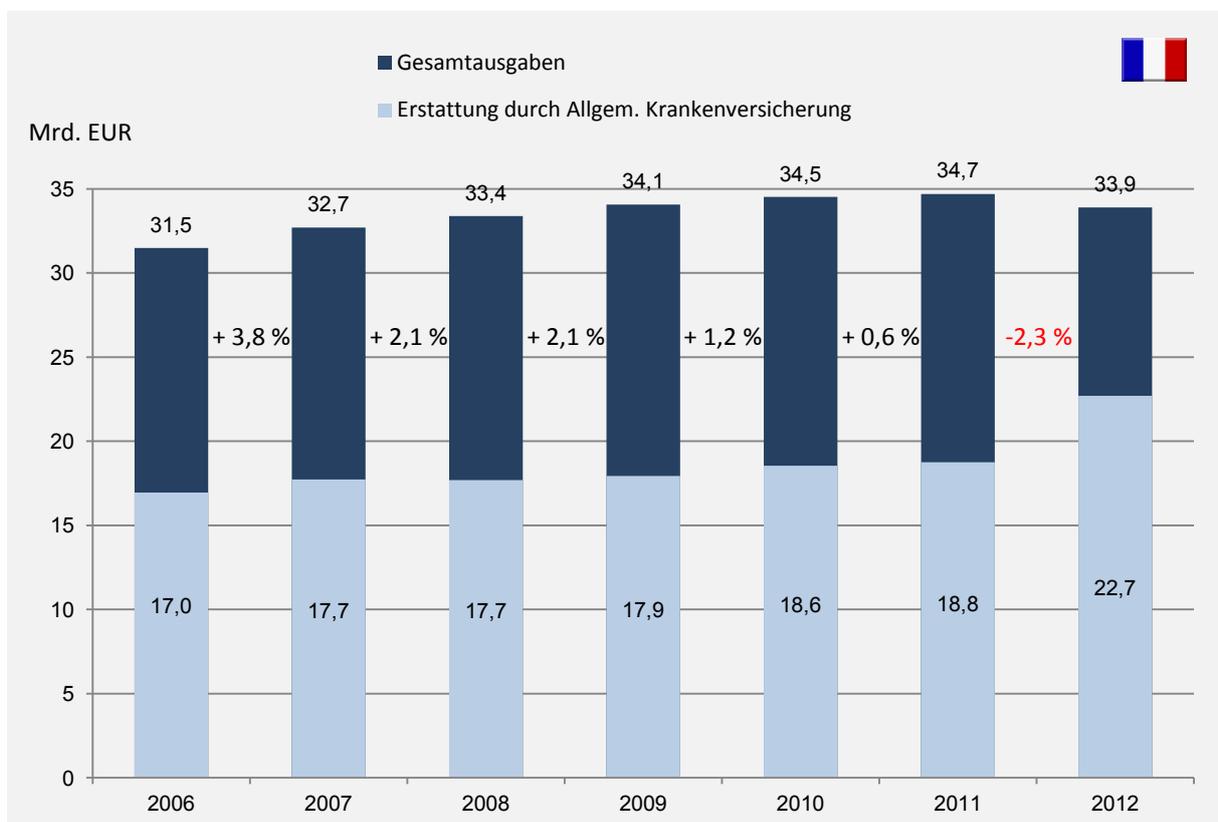


Abb. 13: Arzneimittelausgaben gesamt vs. Ausgaben der Allgemeinen Krankenversicherung: Frankreich

Die Arzneimittelausgaben im ambulanten Bereich (inkl. OTC-Markt) stiegen in Frankreich bzw. im Elsass von 2006 bis 2011 um rund 10 %, seit 2009 verlangsamte sich die Entwicklung – insbesondere durch höhere Generikaanteile.

In 2012 ist erstmalig ein Rückgang der nationalen Gesundheitsausgaben für Arzneimittel (d. h. öffentliche Apotheken – mit OTC – sowie über die Krankenhausapotheken an ambulante Patienten abgegebene Arzneimittel) zu verzeichnen.

Gegenläufig zu dieser Entwicklung steigt der durch die gesetzliche Krankenpflichtversicherung finanzierte Anteil auf 22 Mrd. Euro. Das Régime général trägt hiervon rund 18,5 Mrd. Euro und verzeichnet ein geringes Ausgabenminus von 1,6 % gegenüber 2011.

6.2 Arzneimittelausgaben der GKV bundesweit 2006 – 2012

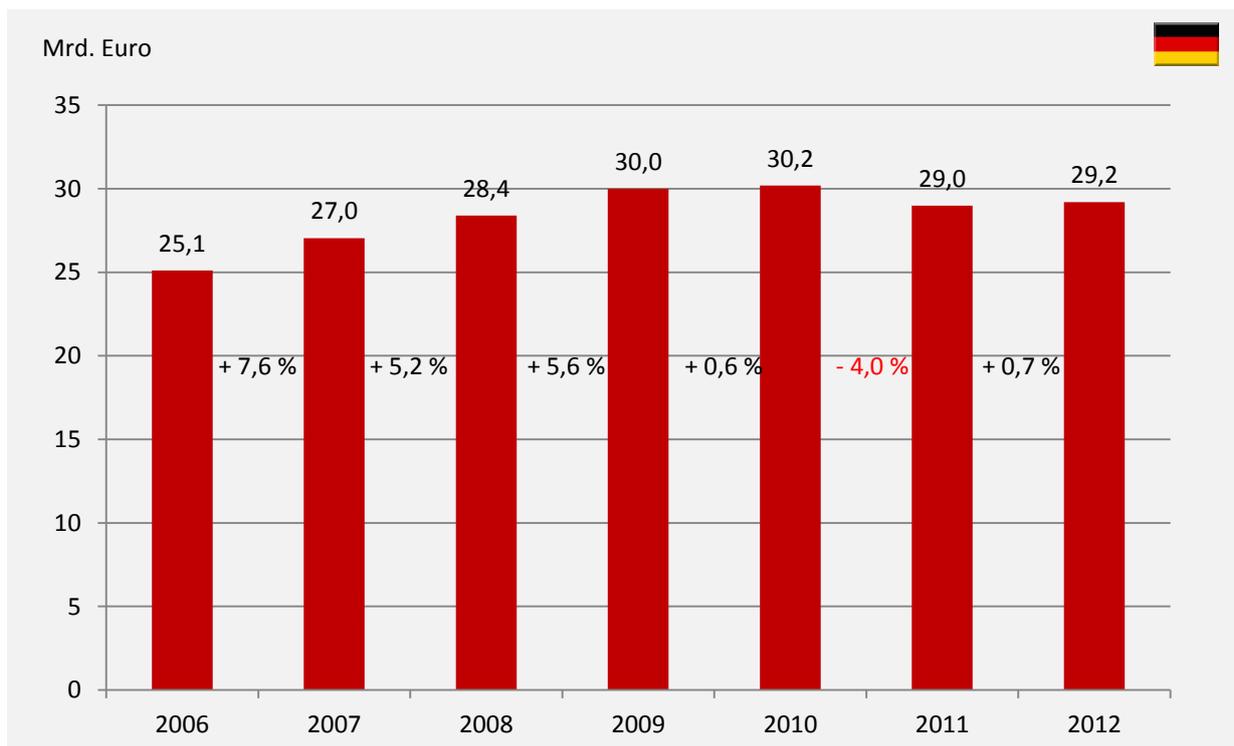


Abb. 14: Ausgaben für Arzneimittel (Apotheken, Versandhandel und Sonstiges): GKV bundesweit⁶⁵

In Deutschland beträgt der Anstieg der Arzneimittel-Bruttokosten im dargestellten Zeitraum rund 16,3 % und ist damit wesentlich höher als in Frankreich. Seit 2010 zeigen die von der Bundesregierung beschlossenen Kostendämpfungsmaßnahmen (z. B. Preismoratorium, erhöhter Herstellerabschlag, AMNOG-Verfahren) deutliche Effekte.

Im Jahr 2012 lagen die Arzneimittelausgaben in Deutschland bei rund 29 Milliarden Euro für die GKV.

Für die folgende Abbildung werden – ausnahmsweise – die von der Allgemeinen Krankenversicherung in Frankreich bzw. Elsass erstatteten Kosten zugrundegelegt. Als Bezugsgröße werden jetzt **alle**

⁶⁵ GKV-Spitzenverband: www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp#lightbox; Amtliche Statistik KJ 1 - modifiziert

Versicherten betrachtet, unabhängig ob sie im jeweiligen Jahr eine Arzneimittelverordnung erhielten oder nicht (nicht ausschließlich die sogen. Rezeptpatienten).

Die Daten für Deutschland stammen vom Bundesministerium für Gesundheit, dabei handelt es sich um **effektive** Ausgaben der GKV für alle Arzneimittel. Zuzahlungen der Patienten bzw. gesetzliche sowie vertragliche Rabatte werden hierbei berücksichtigt.

Für Baden-Württemberg sind keine Aussagen möglich – anhand der Daten des MDK lassen sich zwar Zuzahlungen der Versicherten ausweisen, nicht jedoch die Rabattbeträge.

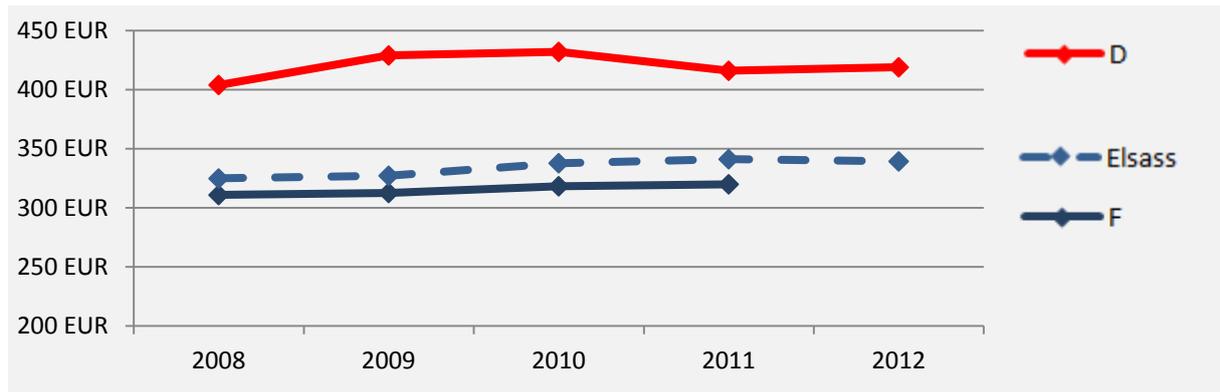


Abb. 15: Ausgaben je Versichertem 2008 – 2012: Allgemeine Krankenversicherung Frankreich/Elsass vs. GKV Deutschland⁶⁶

6.3 Arzneimittelausgaben zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung Elsass – Baden-Württemberg

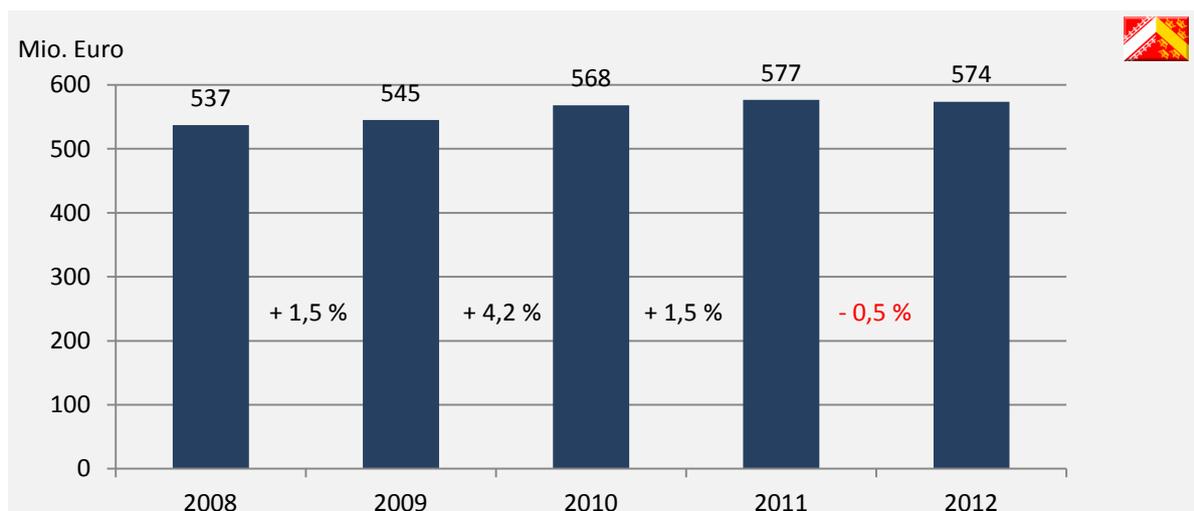


Abb. 16: Arzneimittelausgaben der Allgemeinen Krankenversicherung 2008 – 2012: Elsass

⁶⁶ Service médicale Elsass, RNIAM, Aussagen zur GKV in Deutschland basierend auf den Daten des BMG: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2014Bund_Januar_2014.pdf, www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2012_korr.pdf

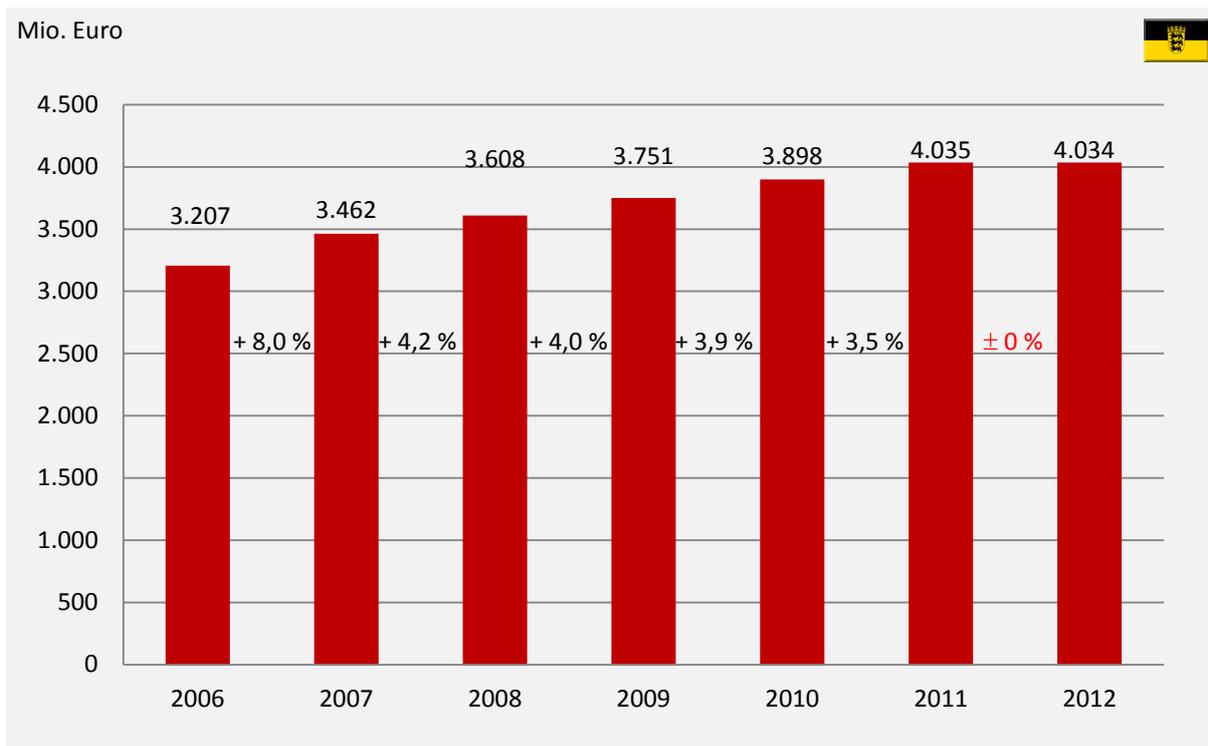


Abb. 17: Bruttoarzneimittelkosten 2006 – 2012: GKV Baden-Württemberg⁶⁷

Die „Sparmaßnahmen“ sowohl der Nationalkasse in Frankreich als auch der deutschen Regierung im Arzneimittelsektor zeigen Wirkung.

7 Arzneimittelkennzahlen Elsass – Baden-Württemberg 2012

AM-Kennzahlen 2012	 Elsass	 BW ⁶⁸ <i>inkl. „V“-ATC-Codes</i>
Arzneimittelausgaben	573.673.431 EUR	3.459.303.270 EUR <i>4.033.851.387 EUR</i>
DDD insgesamt	641.700.932 ST	4.102.807.245 ST <i>4.117.720.733 ST</i>
Kosten / DDD	0,89 EUR	0,84 EUR <i>0,98 EUR</i>

⁶⁷ In dieser Auswertung sind neben den klassischen Fertigarzneimitteln auch die in Rezepturen verwendeten Substanzen enthalten, ferner die auf Muster 16 verordneten Diätetika, Verbandstoffe, Blutzuckerteststreifen etc.

⁶⁸ Zur besseren Vergleichbarkeit wurde für Baden-Württemberg zunächst eine Auswertung über die Fertigarzneimittel per se gemacht, d. h. ohne die ATC-Codes der V- (= Varia-)Gruppe wie z. B. Rezepturen, Diätetika, Teststreifen, Verbandmittel etc. **Kursiv** folgen die Angaben über **alle** auf Arzneimittel (inkl. Rezepturen, Verbandmittel etc.).

AM-Kennzahlen 2012	 Elsass	 BW⁶⁸ <i>inkl. „V“-ATC-Codes</i>
Verordnungen (= Packungen) ⁶⁹	54.479.734	72.773.031 83.007.757
Anzahl der Versicherten mit Arzneimittelverordnung (= Rezeptpatienten, RP) ⁷⁰	1.392.358	7.941.676
DDD / Rezeptpatient	461	517 512
Kosten / Rezeptpatient	412 EUR	436 EUR 501 EUR

Tab. 8: AM-Kennzahlen: Allgemeine Krankenversicherung Elsass vs. GKV Baden-Württemberg

Die Bruttoausgaben für Arzneimittel in Baden-Württemberg liegen mit 4,03 Mrd. Euro in 2012 leicht unter jenen des Vorjahres (minus 751 Tsd. Euro).

Die Anzahl der verordneten DDD steigt leicht auf gut 4,11 Mrd. Stück (+ 0,6 %).

Die jährlichen Bruttokosten für Fertigarzneimittel betragen in Baden-Württemberg 2012 rund 436 Euro je (Rezept)Patient, im Elsass liegen diese bei lediglich ca. 412 Euro.

Diese – trotz höherer Kosten je DDD im Elsass – zu beobachtende Differenz erklärt sich nur teilweise durch die geringeren DDD-Mengen je Versichertem (RP) im Elsass gegenüber Baden-Württemberg.

7.1 Kosten, Verordnungen und DDD nach Marktsegmenten

Die folgende Darstellung zeigt die im Elsass – im Vergleich zu Baden-Württemberg – (noch) deutlich geringeren Kosten-, DDD- und Verordnungsanteile von Generikapräparaten.

Wie oben erwähnt, steigen in den letzten Jahren die Generikaanteile bei den Fertigarzneimitteln in Frankreich bzw. im Elsass, sie erreichen aber noch längst nicht die deutschen Quoten. Die in den Arzneimittelvereinbarungen der meisten KV-Regionen seit Jahren etablierten Zielvereinbarungen haben – neben den Festbetragsregelungen – entscheidend zu dieser Entwicklung beigetragen.

⁶⁹ Die in Deutschland üblichen Packungsgrößen N1 bis N3 gibt es in dieser Art nicht in Frankreich. In der Regel handelt es sich in Frankreich bei einer Packung um Arzneimittelmengen, die den Medikamentenbedarf eines Monats oder Quartals decken. Großpackungen gibt es v. a. zur Behandlung chronischer z. B. kardiovaskulärer Erkrankungen. Eine Packungseinheit mit oralen Antibiotika enthält meist 10 Tabletten. Aus diesem Grund haben vergleichende Auswertungen auf Ebene von Verordnungs- bzw. Packungsmengen nur eingeschränkte Aussagekraft.

⁷⁰ Rezeptpatienten = RP: Versicherte mit (mindestens) einer AM-Verordnung im Auswertungsjahr. In Zusammenhang mit spezifischen Auswertungen zu bestimmten Arzneimitteln / Wirkstoffen / Wirkstoffklassen: Anzahl der Versicherten, die (mind.) eine VO des jeweiligen Arzneimittels / Wirkstoffs / von Substanzen der jeweiligen Wirkstoffklasse erhalten haben.

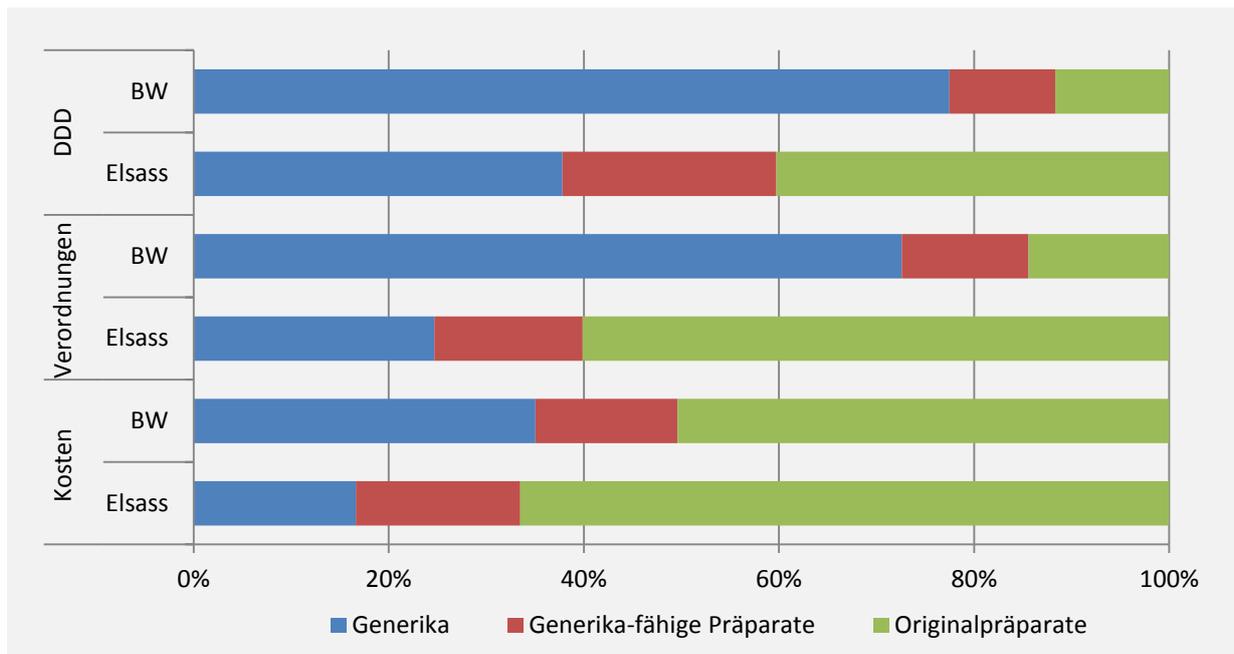


Abb. 18: Kosten-, Verordnungs- und DDD-Anteile nach Marktsegmenten: Elsass vs. BW

Originalpräparate verursachen in Baden-Württemberg rund die Hälfte der Verordnungskosten, der DDD-Anteil liegt jedoch nur bei rund 12 %.

Bei generika-fähigen Substanzen bestehen in beiden Regionen noch Einsparpotenziale.

7.2 Durchschnittliche jährliche Arzneimittelkosten nach Alter der Patienten

Abbildung 19 stellt die durchschnittlichen Arzneimittelkosten je Rezeptpatient und Alter in 2012 dar.

Während in Baden-Württemberg die durchschnittlichen Kosten für Patienten in jüngerem und mittlerem Lebensalter rund 30 bis 50 % höher sind als im Elsass, wendet sich das Blatt bei Betrachtung älterer Versicherter: Ab ca. 60 Jahren fallen im Elsass erheblich höhere Kosten an als in Baden-Württemberg.

Bei dieser Betrachtung muss jedoch die unterschiedliche Altersstruktur beider Regionen berücksichtigt werden: Während in Baden-Württemberg der Anteil über 60-jähriger Rezeptpatienten bei rund 35 % liegt, sind im Elsass lediglich ca. 21 % der mit Arzneimitteln versorgten Versicherten älter als 60 Jahre.

In Baden-Württemberg sinken die durchschnittlichen Arzneimittelkosten für sehr alte Patienten leicht, im Elsass bleiben jene auf hohem Niveau.

Die Bruttoausgaben für Hochbetagte (Alter über 90 Jahre) betragen im Elsass im Vergleich zu Baden-Württemberg mehr als das Doppelte.

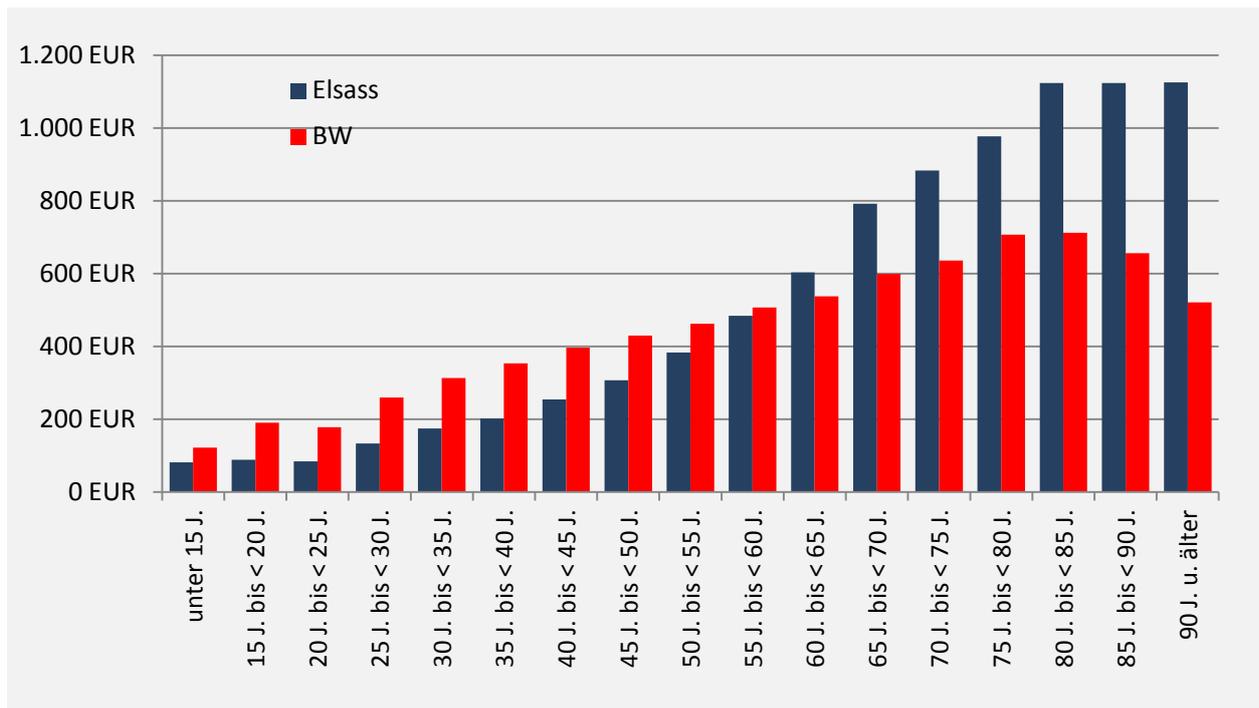


Abb. 19: AM-Kosten nach Alter der RP: Elsass vs. Baden-Württemberg

8 Auswertungen nach Indikationsgebieten und Wirkstoffen

Die folgenden Auswertungen basieren auf der sogenannten ATC-Klassifikation (anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem), das jedem Arznei- bzw. Wirkstoff einen konkreten Code zuweist.⁷¹

8.1 ATC-Codes der „V“-Gruppe (Varia)

Wie bereits oben erwähnt sind die ATC-Codes der Varia-Gruppe – beginnend mit „V“ (z. B. V04: Diagnostika, V07: nichttherapeutische Mittel, V70: Rezepturen) – nicht in den Verordnungsdaten des Elsass enthalten.

Für Baden-Württemberg können die hinter dieser Gruppe steckenden Wirkstoffe, Medizinprodukte etc. jedoch differenziert werden. Mit knapp 575 Mio. Euro bzw. rund 15 % der gesamten Arzneimittelbruttokosten sind die Ausgaben in diesem Bereich erheblich und seit Jahren kontinuierlich ansteigend.

Aufgrund dieser wirtschaftlichen Relevanz wird hier wenigstens kurz auf die ATC's der V-Gruppe in Baden-Württemberg eingegangen:

Alleine die Kosten für Diagnostika (ATC V04) belaufen sich auf rund 93 Mio. Euro, mit über 87 Mio. Euro haben die Blutzuckerteststreifen daran den größten Anteil.

⁷¹ Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), www.dimdi.de/static/de/amg/atcddd/index.htm

Bei den nichttherapeutischen Mitteln (ATC V07 – ca. 68 Mio. Euro Ausgaben) liegt der Schwerpunkt im Bereich der Verbandmittel (> 60 Mio. Euro).

Bei Herstellung bzw. Abgabe bestimmter individuell hergestellter, parenteraler Zubereitungen (z. B. Schmerzlösungen, monoklonale Antikörper, virostatika-, antibiotikahaltige Lösungen etc.) bzw. Zytostatika trägt der Apotheker eine „Sonder-PZN“ auf das Rezept auf. Seit 2010 müssen die Inhaltsstoffe dieser Zubereitungen in einem separaten Datensatz an die Kostenträger übermittelt werden. Nach anfänglichen Umsetzungsschwierigkeiten ist die Datenqualität mittlerweile ausreichend, um über diese Inhaltsstoffe Aussagen treffen zu können.

Die folgende Tabelle zeigt die kostenträchtigen Indikationsbereiche bei Verordnung von Rezepturen sowie – innerhalb der Rezepturen zur antineoplastischen und immunmodulierenden Behandlung (ATC-Code V70B) – die umsatzstärksten Wirkstoffe:

Bezeichnung	ATC-Code	Kosten	VO	RP
Rezepturen z. antineoplastischen u. immunmodulierenden Behandlung	V70B	260.395.499 EUR	293.557	27.068
Trastuzumab	L01XC03	27.716.495 EUR	13.031	2.690
Bevacizumab	L01XC07	19.883.531 EUR	8.133	2.354
Bortezomib	L01XX32	8.978.392 EUR	6.844	803
Cetuximab	L01XC06	7.618.429 EUR	5.910	804
Pemetrexed	L01BA04	7.391.524 EUR	1.809	835
Paclitaxel	L01CD01	6.807.587 EUR	8.155	3.096
Fluorouracil	L01BC02	5.250.521 EUR	32.203	6.015
Rituximab	L01XC02	4.014.199 EUR	1.343	2.912
Azacitidin	L01BC07	3.955.764 EUR	2.829	297
Eculizumab	L04AA25	3.836.860 EUR	245	34
Oxaliplatin	L01XA03	2.981.171 EUR	5.247	3.188
Docetaxel	L01CD02	2.968.922 EUR	3.005	3.720
Infliximab	L04AB02	2.898.150 EUR	811	239
Epirubicin	L01DB03	2.421.257 EUR	5.138	2.533
Gemcitabin	L01BC05	2.122.178 EUR	8.213	3.334
Irinotecan	L01XX19	2.077.021 EUR	4.411	1.967
Carboplatin	L01XA02	1.614.037 EUR	5.427	3.331
Doxorubicin	L01DB01	1.382.987 EUR	2.654	1.893
Cyclophosphamid	L01AA01	1.018.421 EUR	10.397	4.438
Panitumumab	L01XC08	774.742 EUR	272	329
....
Andere Rezepturen (auch Rezeptur-substanzen ungemischt)	V70X	21.671.556 EUR	986.972	517.655
Sonst. individuell hergestellte parenterale Lösungen	V70CX	12.015.703 EUR	36.224	4.813
Individuell hergestellte parenterale Ernährungslösungen	V70CA	8.116.138 EUR	9.905	811

Bezeichnung	ATC-Code	Kosten	VO	RP
Rezepturen zur Behandlung der Opiatabhängigkeit inkl. Methadon-Zubereitungen	V70AA	3.573.884 EUR	761.159	7.678
Individuell hergestellte parenterale antibiotikahaltige Infusionslösungen	V70CB	3.316.063 EUR	2.373	446
Individuell hergestellte parenterale Schmerzlösungen	V70CD	775.623 EUR	2.672	691
Individuell hergestellte parenterale virostatikahaltige Infusionslösungen	V70CC	63.160 EUR	114	39
Insgesamt	V70	309.927.625 EUR	2.092.976	549.805

Tab. 9: Aufschlüsselung der Rezepturen (ATC V70), Top-Wirkstoffe innerhalb von V70B: Baden-Württemberg

Innerhalb der Rezepturen des ATC V70B finden sich auch Trägersubstanzen, wie z. B. Glukose- und insbesondere physiologische Kochsalzlösung, deren Kosten alleine bereits über 120 Mio. Euro ausmachen.

8.2 Darstellung der kostenintensivsten Indikationsgruppen und ihrer Top 3 Wirkstoffe

In den folgenden Auswertungen werden die wesentlichen Ausgabenbereiche nach Arzneimittel-Indikationsgruppen dargestellt. Neben Arzneimitteln, die zur Behandlung von „Volkskrankheiten“ bei sehr vielen Patienten eingesetzt werden, finden sich hier auch hochpreisige Innovationen, die nur bei einer verhältnismäßig kleinen Klientel zum Einsatz kommen.

Die Interpretation der folgenden Tabellen folgt im Anschluss in Abschnitt 8.4.

8.2.1 Top 20 Indikationsgruppen und Wirkstoffe nach Kosten: Elsass

Rang	ATC	Indikationsgruppe ATC-Klasse	Kosten ATC-Klasse	Kostenanteil gesamt	RP ⁷² (ATC-Klasse)	Anteil an allen RP
		<i>Wirkstoff</i>	<i>Kosten Wirkstoff</i>	<i>Kostenanteil i. ATC-Klasse</i>	<i>RP⁷³ (Wirkstoff)</i>	<i>Anteil an RP i. ATC-Klasse</i>
1	C10	Lipidsenkende Mittel	39.191.425 EUR	6,8%	206.387	14,8%
		<i>Rosuvastatin</i>	<i>11.021.817 EUR</i>	<i>28,1%</i>	<i>54.300</i>	<i>23,6%</i>
		<i>Atorvastatin</i>	<i>10.381.319 EUR</i>	<i>26,5%</i>	<i>60.385</i>	<i>26,2%</i>
		<i>Pravastatin</i>	<i>4.048.386 EUR</i>	<i>10,3%</i>	<i>34.748</i>	<i>15,1%</i>

⁷² Patienten, die eine Verordnung mit (mind.) einem Medikament aus der jeweiligen ATC-Klasse erhalten haben.

⁷³ Patienten, die eine Verordnung mit dem betreffenden Wirkstoff erhalten haben.

Rang	ATC	Indikationsgruppe ATC-Klasse	Kosten ATC-Klasse	Kostenanteil gesamt	RP ⁷² (ATC-Klasse)	Anteil an allen RP
		Wirkstoff	Kosten Wirkstoff	Kostenanteil i. ATC-Klasse	RP ⁷³ (Wirkstoff)	Anteil an RP i. ATC-Klasse
2	C09	Mittel m. Wirkung a. d. Renin-Angiotensin-Syst.	35.159.087 EUR	6,1%	208.733	15,0%
		<i>Valsartan + HCT</i>	<i>3.147.903 EUR</i>	<i>9,0%</i>	<i>18.069</i>	<i>7,5%</i>
		<i>Ramipril</i>	<i>2.908.400 EUR</i>	<i>8,3%</i>	<i>27.876</i>	<i>11,6%</i>
		<i>Irbesartan + HCT</i>	<i>2.785.495 EUR</i>	<i>7,9%</i>	<i>14.006</i>	<i>5,8%</i>
3	A10	Antidiabetika	35.054.554 EUR	6,1%	86.008	6,2%
		<i>Insulin glargin</i>	<i>4.885.643 EUR</i>	<i>13,9%</i>	<i>11.743</i>	<i>7,1%</i>
		<i>Sitagliptin</i>	<i>4.497.724 EUR</i>	<i>12,8%</i>	<i>11.650</i>	<i>7,0%</i>
		<i>Metformin</i>	<i>3.666.210 EUR</i>	<i>10,5%</i>	<i>53.872</i>	<i>32,4%</i>
4	N02	Analgetika	34.483.675 EUR	6,0%	963.074	69,2%
		<i>Paracetamol</i>	<i>16.276.466 EUR</i>	<i>47,2%</i>	<i>887.682</i>	<i>68,4%</i>
		<i>Tramadol + Paracetamol</i>	<i>3.847.675 EUR</i>	<i>11,2%</i>	<i>101.959</i>	<i>7,9%</i>
		<i>Tramadol</i>	<i>2.701.940 EUR</i>	<i>7,8%</i>	<i>53.079</i>	<i>4,1%</i>
5	R03	Mittel b. obstrukt. Atemwegserkrank.	25.396.608 EUR	4,4%	166.483	12,0%
		<i>Salmeterol + Fluticason</i>	<i>5.051.574 EUR</i>	<i>19,9%</i>	<i>35.888</i>	<i>13,0%</i>
		<i>Formoterol + Budesonid</i>	<i>4.165.587 EUR</i>	<i>16,4%</i>	<i>29.263</i>	<i>10,6%</i>
		<i>Montelukast</i>	<i>3.032.646 EUR</i>	<i>11,9%</i>	<i>30.299</i>	<i>10,9%</i>
6	L04	Immunsuppressiva	23.192.705 EUR	4,0%	8.463	0,6%
		<i>Adalimumab</i>	<i>7.955.761 EUR</i>	<i>34,3%</i>	<i>944</i>	<i>9,1%</i>
		<i>Etanercept</i>	<i>5.455.909 EUR</i>	<i>23,5%</i>	<i>732</i>	<i>7,0%</i>
		<i>Mycophenolsäure</i>	<i>2.189.911 EUR</i>	<i>9,4%</i>	<i>1.281</i>	<i>12,3%</i>
7	J01	Antibiotika zur system. Anwendung	22.807.142 EUR	4,0%	704.787	50,6%
		<i>Pristinamycin</i>	<i>3.213.828 EUR</i>	<i>14,1%</i>	<i>47.261</i>	<i>4,1%</i>
		<i>Amoxicillin+ Clavulansre.</i>	<i>2.793.375 EUR</i>	<i>12,2%</i>	<i>163.237</i>	<i>14,2%</i>
		<i>Cefpodoxim</i>	<i>1.927.766 EUR</i>	<i>8,5%</i>	<i>107.027</i>	<i>9,3%</i>
8	B01	Antithrombotische Mittel	22.146.090 EUR	3,9%	183.313	13,2%
		<i>Clopidogrel</i>	<i>6.954.562 EUR</i>	<i>31,4%</i>	<i>26.146</i>	<i>11,3%</i>
		<i>Enoxaparin</i>	<i>3.947.543 EUR</i>	<i>17,8%</i>	<i>26.922</i>	<i>11,7%</i>
		<i>Tinzaparin</i>	<i>2.612.995 EUR</i>	<i>11,8%</i>	<i>13.228</i>	<i>5,7%</i>
9	N05	Psycholeptika	22.092.088 EUR	3,9%	255.793	18,4%
		<i>Risperidon</i>	<i>4.774.340 EUR</i>	<i>21,6%</i>	<i>7.229</i>	<i>1,8%</i>
		<i>Olanzapin</i>	<i>3.599.080 EUR</i>	<i>16,3%</i>	<i>5.345</i>	<i>1,4%</i>
		<i>Aripiprazol</i>	<i>2.451.908 EUR</i>	<i>11,1%</i>	<i>2.978</i>	<i>0,8%</i>

Rang	ATC	Indikationsgruppe ATC-Klasse	Kosten ATC-Klasse	Kostenanteil gesamt	RP ⁷² (ATC-Klasse)	Anteil an allen RP
		Wirkstoff	Kosten Wirkstoff	Kostenanteil i. ATC-Klasse	RP ⁷³ (Wirkstoff)	Anteil an RP i. ATC-Klasse
10	S01	Ophthalmika	18.790.405 EUR	3,3%	267.889	19,2%
		<i>Ranibizumab</i>	8.681.656 EUR	46,2%	2.536	0,5%
		<i>Künstl. Tränen u. andere indiff. Mittel</i>	936.726 EUR	5,0%	12.276	2,6%
		<i>Latanoprost</i>	892.844 EUR	4,8%	47.082	9,8%
11	L03	Immunstimulanzien	18.199.831 EUR	3,2%	4.434	0,3%
		<i>Interferon beta-1a</i>	5.503.338 EUR	30,2%	641	12,6%
		<i>Pegfilgrastim</i>	2.940.707 EUR	16,2%	926	18,2%
		<i>Glatirameracetat</i>	2.581.820 EUR	14,2%	324	6,4%
12	N06	Psychoanaleptika	17.545.966 EUR	3,1%	119.445	8,6%
		<i>Escitalopram</i>	3.428.069 EUR	19,5%	27.467	18,7%
		<i>Venlafaxin</i>	1.724.094 EUR	9,8%	13.485	9,2%
		<i>Memantin</i>	1.580.443 EUR	9,0%	3.013	2,1%
13	J05	Antivirale Mittel zur system. Anwendung	17.142.470 EUR	3,0%	29.550	2,1%
		<i>Tenofovir +Emtricitabin</i>	1.941.829 EUR	11,3%	463	1,4%
		<i>Valaciclovir</i>	1.496.184 EUR	8,7%	18.925	57,9%
		<i>Lamivudin + Abacavir</i>	1.471.978 EUR	8,6%	412	1,3%
14	A02	Mittel b. säure-bed. Erkrankungen	16.638.201 EUR	2,9%	363.349	26,1%
		<i>Esomeprazol</i>	5.541.260 EUR	33,3%	127.001	25,6%
		<i>Omeprazol</i>	3.486.551 EUR	21,0%	127.239	25,7%
		<i>Pantoprazol</i>	2.441.870 EUR	14,7%	62.127	12,5%
15	L01	Antineoplastische Mittel	16.218.404 EUR	2,8%	5.794	0,4%
		<i>Imatinib</i>	4.030.977 EUR	24,9%	209	3,4%
		<i>Sunitinib</i>	1.923.184 EUR	11,9%	112	1,8%
		<i>Erlotinib</i>	1.591.630 EUR	9,8%	221	3,6%
16	M01	Antirheumatika + Antiphlogistika	12.467.271 EUR	2,2%	663.548	47,7%
		<i>Chondroitinsulfat</i>	2.153.202 EUR	17,3%	21.036	2,3%
		<i>Ibuprofen</i>	1.929.496 EUR	15,5%	358.132	38,4%
		<i>Diclofenac</i>	1.416.488 EUR	11,4%	107.595	11,5%
17	J07	Impfstoffe	11.396.935 EUR	2,0%	347.102	24,9%
		<i>Pneumokokken, gerein. Polysac.-Antigen, konj.</i>	2.744.227 EUR	24,1%	31.784	6,8%
		<i>Diphtherie-Pertussis-Polio- Tetanus</i>	2.097.901 EUR	18,4%	30.668	6,6%
		<i>Diphtherie-HIB b-Pertussis- Polio-Tetanus, Hepatitis</i>	1.689.648 EUR	14,8%	65.371	14,1%

Rang	ATC	Indikationsgruppe ATC-Klasse	Kosten ATC-Klasse	Kostenanteil gesamt	RP ⁷² (ATC-Klasse)	Anteil an allen RP
		<i>Wirkstoff</i>	<i>Kosten Wirkstoff</i>	<i>Kostenanteil i. ATC-Klasse</i>	<i>RP⁷³ (Wirkstoff)</i>	<i>Anteil an RP i. ATC-Klasse</i>
18	N07	Sonst. Mittel f. d. Nervensystem	11.298.319 EUR	2,0%	56.958	4,1%
		<i>Buprenorphin</i>	<i>5.571.209 EUR</i>	<i>49,3%</i>	<i>5.174</i>	<i>7,9%</i>
		<i>Methadon</i>	<i>2.133.391 EUR</i>	<i>18,9%</i>	<i>2.572</i>	<i>3,9%</i>
		<i>Nicotin</i>	<i>1.565.000 EUR</i>	<i>13,9%</i>	<i>5.551</i>	<i>8,5%</i>
19	N03	Antiepileptika	11.211.456 EUR	2,0%	44.006	3,2%
		<i>Pregabalin</i>	<i>3.687.476 EUR</i>	<i>32,9%</i>	<i>17.994</i>	<i>34,6%</i>
		<i>Levetiracetam</i>	<i>1.702.571 EUR</i>	<i>15,2%</i>	<i>2.405</i>	<i>4,6%</i>
		<i>Lamotrigin</i>	<i>1.488.868 EUR</i>	<i>13,3%</i>	<i>3.429</i>	<i>6,6%</i>
20	L02	Endokrine Therapie	10.944.776 EUR	1,9%	10.855	0,8%
		<i>Anastrozol</i>	<i>2.119.027 EUR</i>	<i>19,4%</i>	<i>2.646</i>	<i>20,6%</i>
		<i>Leuprorelin</i>	<i>1.569.004 EUR</i>	<i>14,3%</i>	<i>1.440</i>	<i>11,2%</i>
		<i>Letrozol</i>	<i>1.439.773 EUR</i>	<i>13,2%</i>	<i>1.683</i>	<i>13,1%</i>
Insgesamt			573.673.431 EUR	100%	1.392.358	

Tab. 10: Top 20 Indikationsgruppen (ATC 2) sowie Top 3 Wirkstoffe nach Kosten: Elsass

8.2.2 Top 20 Indikationsgruppen und Wirkstoffe nach Kosten: Baden-Württemberg

Rang	ATC	Indikationsgruppe ATC-Klasse	Kosten ATC-Klasse	Kostenanteil gesamt	RP ⁷⁴ (ATC-Klasse)	Anteil an allen RP
		<i>Wirkstoff</i>	<i>Kosten Wirkstoff</i>	<i>Kostenanteil i. ATC-Klasse</i>	<i>RP (Wirkstoff)</i>	<i>Anteil an RP i. ATC-Klasse</i>
1	L04	Immunsuppressiva	307.853.362 EUR	8,9 %	57.468	0,7%
		<i>Adalimumab</i>	<i>78.421.816 EUR</i>	<i>25,5%</i>	<i>6.157</i>	<i>10,7%</i>
		<i>Etanercept</i>	<i>48.563.029 EUR</i>	<i>15,8%</i>	<i>4.320</i>	<i>7,5%</i>
		<i>Infliximab</i>	<i>24.101.027 EUR</i>	<i>7,8%</i>	<i>1.679</i>	<i>2,9%</i>
2	A10	Antidiabetika	203.034.315 EUR	5,9%	590.209	7,4%
		<i>Insulin glargin</i>	<i>24.467.703 EUR</i>	<i>12,1%</i>	<i>72.468</i>	<i>12,3%</i>
		<i>Metformin + Sitagliptin</i>	<i>18.045.594 EUR</i>	<i>8,9%</i>	<i>40.016</i>	<i>6,8%</i>
		<i>Insulin (human)</i>	<i>17.905.904 EUR</i>	<i>8,8%</i>	<i>56.452</i>	<i>9,6%</i>

⁷⁴ Gemeint sind hier Patienten, die eine Verordnung mit (mind.) einem Medikament aus der jeweiligen ATC-Klasse erhalten haben.

Rang	ATC	Indikationsgruppe ATC-Klasse	Kosten ATC-Klasse	Kostenanteil gesamt	RP ⁷⁴ (ATC-Klasse)	Anteil an allen RP
		Wirkstoff	Kosten Wirkstoff	Kostenanteil i. ATC-Klasse	RP (Wirkstoff)	Anteil an RP i. ATC-Klasse
3	C09	Mittel m. Wirkung a. d. Renin-Angiotensin-Syst.	198.813.322 EUR	5,8%	1.858.029	23,4%
		<i>Ramipril</i>	24.688.290 EUR	12,4%	676.058	36,4%
		<i>Candesartan</i>	20.307.665 EUR	10,2%	125.004	6,7%
		<i>Candesartan + Diuretika</i>	17.041.146 EUR	8,6%	84.128	4,5%
4	L03	Immunstimulanzien	189.907.162 EUR	5,5%	41.033	0,5%
		<i>Interferon beta-1a</i>	74.249.544 EUR	39,1%	5.580	13,6%
		<i>Glatirameracetat</i>	46.576.605 EUR	24,5%	4.113	10,0%
		<i>Interferon beta-1b</i>	26.625.993 EUR	14,0%	2.281	5,6%
5	R03	Mittel b. obstruktiven Atemwegserkrank.	162.854.692 EUR	4,7%	823.779	10,4%
		<i>Tiotropiumbromid</i>	31.849.199 EUR	19,6%	79.857	9,7%
		<i>Salmeterol + Fluticason</i>	29.362.023 EUR	18,0%	119.925	14,6%
		<i>Formoterol + Budesonid</i>	27.009.771 EUR	16,6%	92.064	11,2%
6	N02	Analgetika	162.140.857 EUR	4,7%	1.456.679	18,3%
		<i>Metamizol-Natrium</i>	27.150.488 EUR	16,8%	829.523	57,0%
		<i>Fentanyl</i>	24.100.727 EUR	14,9%	43.549	3,0%
		<i>Tilidin, Kombinationen</i>	21.744.403 EUR	13,4%	205.251	14,1%
7	N05	Psycholeptika	153.211.124 EUR	4,4%	646.382	8,1%
		<i>Quetiapin</i>	40.604.343 EUR	26,5%	57.168	8,8%
		<i>Aripiprazol</i>	20.137.984 EUR	13,1%	10.636	1,7%
		<i>Risperidon</i>	15.956.742 EUR	10,4%	51.038	7,9%
8	L01	Antineoplastische Mittel	134.378.737 EUR	3,9%	25.996	0,3%
		<i>Imatinib</i>	32.407.723 EUR	24,1%	1.237	4,7%
		<i>Temozolomid</i>	11.652.530 EUR	8,7%	994	3,8%
		<i>Sunitinib</i>	11.131.041 EUR	8,3%	508	2,0%
9	J05	Antivirale Mittel zur system. Anwendung	133.540.904 EUR	3,9%	86.769	1,1%
		<i>Tenofovir + Emtricitabin</i>	22.367.483 EUR	16,8%	3.325	3,8%
		<i>Telaprevir</i>	21.861.007 EUR	16,4%	747	0,9%
		<i>Emtricitabin, Tenofovir disoproxil + Efavirenz</i>	10.756.042 EUR	8,1%	988	1,1%
10	N06	Psychoanaleptika	133.146.029 EUR	3,9%	864.336	10,9%
		<i>Duloxetin</i>	17.863.887 EUR	13,4%	29.486	3,4%
		<i>Memantin</i>	12.217.544 EUR	9,2%	17.366	2,0%
		<i>Citalopram</i>	11.947.563 EUR	9,0%	201.108	23,3%

Rang	ATC	Indikationsgruppe ATC-Klasse	Kosten ATC-Klasse	Kostenanteil gesamt	RP ⁷⁴ (ATC-Klasse)	Anteil an allen RP
		Wirkstoff	Kosten Wirkstoff	Kostenanteil i. ATC-Klasse	RP (Wirkstoff)	Anteil an RP i. ATC-Klasse
11	B01	Antithrombotische Mittel	125.535.123 EUR	3,6%	845.945	10,7%
		<i>Enoxaparin</i>	<i>34.134.281 EUR</i>	<i>27,2%</i>	<i>179.724</i>	<i>21,3%</i>
		<i>Clopidogrel</i>	<i>18.413.475 EUR</i>	<i>14,7%</i>	<i>89.034</i>	<i>10,5%</i>
		<i>Rivaroxaban</i>	<i>14.187.579 EUR</i>	<i>11,3%</i>	<i>33.388</i>	<i>4,0%</i>
12	N03	Antiepileptika	101.587.503 EUR	2,9%	251.715	3,2%
		<i>Pregabalin</i>	<i>40.655.549 EUR</i>	<i>40,0%</i>	<i>85.894</i>	<i>34,1%</i>
		<i>Levetiracetam</i>	<i>24.079.735 EUR</i>	<i>23,7%</i>	<i>27.796</i>	<i>11,0%</i>
		<i>Gabapentin</i>	<i>7.951.968 EUR</i>	<i>7,8%</i>	<i>50.285</i>	<i>20,0%</i>
13	A02	Mittel b. säure-bed. Erkrankungen	90.508.489 EUR	2,6%	1.489.787	18,8%
		<i>Pantoprazol</i>	<i>48.826.785 EUR</i>	<i>54,0%</i>	<i>920.422</i>	<i>61,8%</i>
		<i>Omeprazol</i>	<i>32.507.548 EUR</i>	<i>35,9%</i>	<i>553.438</i>	<i>37,2%</i>
		<i>Esomeprazol</i>	<i>2.324.506 EUR</i>	<i>2,6%</i>	<i>43.939</i>	<i>3,0%</i>
14	J01	Antibiotika zur system. Anwendung	84.444.841 EUR	2,4%	2.559.802	32,2%
		<i>Amoxicillin + Enzyminhibit.</i>	<i>8.584.453 EUR</i>	<i>10,2%</i>	<i>166.474</i>	<i>6,5%</i>
		<i>Cefuroxim</i>	<i>7.415.676 EUR</i>	<i>8,8%</i>	<i>331.028</i>	<i>12,9%</i>
		<i>Amoxicillin</i>	<i>7.150.367 EUR</i>	<i>8,5%</i>	<i>411.868</i>	<i>16,1%</i>
15	M01	Antiphlogistika + Antirheumatika	78.156.100 EUR	2,3%	2.540.487	32,0%
		<i>Ibuprofen</i>	<i>30.162.976 EUR</i>	<i>38,5%</i>	<i>1.655.344</i>	<i>65,2%</i>
		<i>Diclofenac</i>	<i>19.502.940 EUR</i>	<i>25,0%</i>	<i>936.980</i>	<i>36,9%</i>
		<i>Methotrexat</i>	<i>10.648.792 EUR</i>	<i>13,6%</i>	<i>33.448</i>	<i>1,3%</i>
16	C10	Lipidsenker	70.626.575 EUR	2,0%	896.582	11,3%
		<i>Simvastatin</i>	<i>36.164.883 EUR</i>	<i>51,2%</i>	<i>705.781</i>	<i>78,7%</i>
		<i>Simvastatin + Ezetimib</i>	<i>17.082.344 EUR</i>	<i>24,2%</i>	<i>35.442</i>	<i>4,0%</i>
		<i>Ezetimib</i>	<i>5.163.702 EUR</i>	<i>7,3%</i>	<i>12.427</i>	<i>1,4%</i>
17	C07	Beta-Adrenozeptor- Antagonisten	65.685.590 EUR	1,9%	1.367.787	17,2%
		<i>Metoprolol</i>	<i>26.658.861 EUR</i>	<i>40,6%</i>	<i>573.095</i>	<i>41,9%</i>
		<i>Bisoprolol</i>	<i>17.643.075 EUR</i>	<i>26,9%</i>	<i>492.121</i>	<i>36,0%</i>
		<i>Carvedilol</i>	<i>5.211.915 EUR</i>	<i>7,9%</i>	<i>75.869</i>	<i>5,6%</i>
18	N04	Antiparkinsonmittel	65.168.650 EUR	1,9%	104.056	1,3%
		<i>Pramipexol</i>	<i>16.703.665 EUR</i>	<i>25,6%</i>	<i>21.278</i>	<i>20,5%</i>
		<i>Levodopa, Decarboxylase- hemmer + COMT-Hemmer</i>	<i>7.609.081 EUR</i>	<i>11,7%</i>	<i>5.635</i>	<i>5,4%</i>
		<i>Ropinirol</i>	<i>7.087.674 EUR</i>	<i>10,9%</i>	<i>6.996</i>	<i>6,7%</i>

Rang	ATC	Indikationsgruppe ATC-Klasse	Kosten ATC-Klasse	Kostenanteil gesamt	RP ⁷⁴ (ATC-Klasse)	Anteil an allen RP
		<i>Wirkstoff</i>	<i>Kosten Wirkstoff</i>	<i>Kostenanteil i. ATC-Klasse</i>	<i>RP (Wirkstoff)</i>	<i>Anteil an RP i. ATC-Klasse</i>
19	B02	Antihämorrhagika	65.025.226 EUR	1,9%	11.306	0,1%
		<i>Octocog alfa</i>	<i>28.205.326 EUR</i>	<i>43,4%</i>	<i>192</i>	<i>1,7%</i>
		<i>Gerinnungsfaktor VIII</i>	<i>15.315.292 EUR</i>	<i>23,6%</i>	<i>96</i>	<i>0,9%</i>
		<i>Alfa1-Antitrypsin</i>	<i>4.545.664 EUR</i>	<i>7,0%</i>	<i>90</i>	<i>0,8%</i>
20	L02	Endokrine Therapie	63.927.029 EUR	1,9%	63.758	0,8%
		<i>Abirateron</i>	<i>16.521.026 EUR</i>	<i>25,8%</i>	<i>724</i>	<i>1,1%</i>
		<i>Leuprorelin</i>	<i>15.630.945 EUR</i>	<i>24,5%</i>	<i>12.876</i>	<i>20,2%</i>
		<i>Fulvestrant</i>	<i>6.165.719 EUR</i>	<i>9,6%</i>	<i>1.269</i>	<i>2,0%</i>
Insgesamt			3.459.284.765 EUR	100%	7.941.670	

Tab. 11: Top 20 Indikationsgruppen (ATC 2) sowie Top 3 Wirkstoffe nach Kosten: Baden-Württemberg

8.3 TOP Wirkstoffe nach DDD

In den folgenden Tabellen werden – über alle Indikationsklassen – die verordnungstärksten (in Bezug auf die Anzahl der DDD) Wirkstoffe beider Regionen dargestellt. **Farblich markiert** sind Wirkstoffe, die sowohl im Elsass als auch in Baden-Württemberg unter den Top 20 zu finden sind.

8.3.1 Top Wirkstoffe nach DDD – Elsass

Wirkstoff	ATC-Code	Ausgaben	DDD-Anteil	Kosten je DDD	DDD/Tag/ 1.000 Versicherte Allgem. KV	RP	DDD/RP
Acetylsalicylsäure	B01AC06	2.360.133 EUR	3,7%	0,10 EUR	39	98.872	243
Paracetamol	N02BE01	16.276.466 EUR	3,3%	0,77 EUR	34	887.682	24
Furosemid	C03CA01	1.893.946 EUR	3,0%	0,10 EUR	31	49.854	386
Atorvastatin	C10AA05	10.381.319 EUR	2,8%	0,57 EUR	29	60.385	299
Ramipril	C09AA05	2.908.400 EUR	2,8%	0,17 EUR	28	27.876	629
Metformin	A10BA02	3.666.210 EUR	2,2%	0,26 EUR	22	53.872	258
Esomeprazol	A02BC05	5.541.260 EUR	2,0%	0,43 EUR	21	127.001	102
Rosuvastatin	C10AA07	11.021.817 EUR	1,9%	0,93 EUR	19	54.300	219
Lercanidipin	C08CA13	2.708.615 EUR	1,8%	0,24 EUR	18	29.488	388

Wirkstoff	ATC-Code	Ausgaben	DDD-Anteil	Kosten je DDD	DDD/Tag/1.000 Versicherte Allgem. KV	RP	DDD/RP
L-Thyroxin-Na.	H03AA01	1.575.824 EUR	1,8%	0,14 EUR	18	59.103	188
Prednisolon	H02AB06	1.284.610 EUR	1,7%	0,12 EUR	18	182.105	61
Amlodipin	C08CA01	1.827.413 EUR	1,4%	0,21 EUR	14	24.290	363
Omeprazol	A02BC01	3.486.551 EUR	1,4%	0,40 EUR	14	127.239	68
Zolpidem	N05CF02	1.633.643 EUR	1,3%	0,19 EUR	14	65.734	129
Perindopril	C09AA04	2.749.017 EUR	1,3%	0,34 EUR	13	22.484	356
Pravastatin	C10AA03	4.048.386 EUR	1,2%	0,54 EUR	12	34.748	217
Gliclazid	A10BB09	2.433.610 EUR	1,2%	0,32 EUR	12	20.690	364
Bisoprolol	C07AB07	2.805.665 EUR	1,1%	0,40 EUR	11	40.926	173
Clopidogrel	B01AC04	6.954.562 EUR	1,1%	0,99 EUR	11	26.146	270
Nebivolol	C07AB12	1.895.868 EUR	1,1%	0,28 EUR	11	27.341	245
Insgesamt Top 20		87.453.318 EUR	38,1%	0,37 EUR	392		
Insgesamt 2012		573.673.431 EUR	100,0%	0,90 EUR	1.028		

Tab. 12: Top 20 Wirkstoffe nach DDD: Elsass

8.3.2 Wirkstoffe nach DDD – Baden-Württemberg

Wirkstoff	ATC-Code	Ausgaben	DDD-Anteil	Kosten je DDD	DDD/Tag/1.000 GKV-Versicherte	RP	DDD/RP
Ramipril	C09AA05	24.688.290 EUR	9,6%	0,06 EUR	122	676.058	586 ST
Pantoprazol	A02BC02	48.826.785 EUR	4,9%	0,24 EUR	62	920.422	219 ST
Amlodipin	C08CA01	15.768.275 EUR	3,8%	0,10 EUR	48	465.659	337 ST
Simvastatin	C10AA01	36.164.883 EUR	3,7%	0,24 EUR	46	705.781	214 ST
L-Thyroxin-Na.	H03AA01	35.759.339 EUR	3,5%	0,25 EUR	44	897.593	160 ST
Omeprazol	A02BC01	32.507.548 EUR	2,7%	0,30 EUR	34	553.438	197 ST
Metoprolol	C07AB02	26.658.861 EUR	2,2%	0,30 EUR	28	573.095	157 ST
Torasemid	C03CA04	14.500.007 EUR	2,0%	0,18 EUR	25	321.205	255 ST
Acetylsalicylsäure	B01AC06	1.810.097 EUR	1,9%	0,02 EUR	24	338.775	226 ST
Metformin	A10BA02	17.399.743 EUR	1,7%	0,25 EUR	21	362.739	189 ST
Bisoprolol	C07AB07	17.643.075 EUR	1,6%	0,27 EUR	20	492.121	134 ST

Wirkstoff	ATC-Code	Ausgaben	DDD-Anteil	Kosten je DDD	DDD/Tag/1.000 GKV-Versicherte	RP	DDD/RP
Ramipril + HCT	C09BA25	14.792.471 EUR	1,5%	0,23 EUR	20	255.566	249 ST
Enalapril	C09AA02	6.896.286 EUR	1,5%	0,11 EUR	19	175.173	348 ST
Candesartan	C09CA06	20.307.665 EUR	1,4%	0,35 EUR	18	125.004	469 ST
Furosemid	C03CA01	6.612.290 EUR	1,3%	0,12 EUR	16	146.900	365 ST
Ibuprofen	M01AE01	30.162.976 EUR	1,2%	0,59 EUR	16	1.655.344	31 ST
L-Thyroxin, Komb.	H03AA51	10.330.486 EUR	1,2%	0,21 EUR	15	199.628	244 ST
Diclofenac	M01AB05	19.502.940 EUR	1,1%	0,43 EUR	14	936.980	49 ST
Citalopram	N06AB04	11.947.563 EUR	1,0%	0,28 EUR	13	201.108	215 ST
Phenprocoumon	B01AA04	7.580.749 EUR	1,0%	0,18 EUR	13	219.746	187 ST
Insgesamt Top 20		399.860.329 EUR	48,8%	0,20 EUR	618		
Insgesamt 2012 ohne „V“-ATC		3.459.303.270 EUR	100,0%	0,84 EUR	1.263		

Tab. 13: Top 20 Wirkstoffe nach DDD: Baden-Württemberg

8.3.3 Top Wirkstoffe nach DDD: Verteilung nach Patientenalter – Elsass

Wirkstoff	Alter	DDD pro Tag je 1.000 Versicherte d. Allgem. KV i. d. Alter	Patienten	Kosten je Patient	DDD/Pat.	Anteil der Pat. an Versicherten in dieser Altersklasse
Acetylsalicylsäure	0 – 14 J.	0	81	6,22 EUR	63	0,0%
	15 – 24 J.	0,2	154	8,95 EUR	91	0,1%
	25 – 64 J.	20,6	31 246	21,80 EUR	222	3,4%
	≥ 65 J.	181,9	67 391	24,97 EUR	254	26,2%
Paracetamol	0 – 14 J.	6,5	197 737	6,35 EUR	4	64,3%
	15 – 24 J.	11,9	83 681	7,89 EUR	11	40,7%
	25 – 64 J.	30,2	447 050	16,74 EUR	23	48,6%
	≥ 65 J.	99,5	159 214	43,20 EUR	59	61,9%
Furosemid	0 – 14 J.	0	45	33,87 EUR	49	0,0%
	15 – 24 J.	0,2	102	14,67 EUR	154	0,0%
	25 – 64 J.	10	10 415	31,18 EUR	322	1,1%
	≥ 65 J.	168,9	39 292	39,86 EUR	404	15,3%
Atorvastatin	0 – 14 J.	0	19	63,71 EUR	99	0,0%
	15 – 24 J.	0,1	63	72,73 EUR	103	0,0%
	25 – 64 J.	23,1	25 599	164,64 EUR	304	2,8%
	≥ 65 J.	109,2	34 704	177,53 EUR	296	13,5%

Wirkstoff	Alter	DDD pro Tag je 1.000 Versicherte d. Allgem. KV i. d. Alter	Patienten	Kosten je Patient	DDD/Pat.	Anteil der Pat. an Versicherten in dieser Altersklasse
Ramipril	0 – 14 J.	0	8	17,24 EUR	71	0,0%
	15 – 24 J.	0,2	65	44,79 EUR	218	0,0%
	25 – 64 J.	20,2	10 877	99,98 EUR	625	1,2%
	≥ 65 J.	113,9	16 926	107,48 EUR	633	6,6%
Metformin	0 – 14 J.	0	17	7,99 EUR	29	0,0%
	15 – 24 J.	0,1	104	27,80 EUR	102	0,1%
	25 – 64 J.	18,7	25 090	65,44 EUR	252	2,7%
	≥ 65 J.	80,6	28 661	70,52 EUR	265	11,1%
Esomeprazol	0 – 14 J.	0,3	1 564	30,21 EUR	19	0,5%
	15 – 24 J.	1,9	5 022	11,91 EUR	28	2,4%
	25 – 64 J.	19,4	79 363	34,10 EUR	82	8,6%
	≥ 65 J.	66	41 052	66,45 EUR	151	16,0%
Rosuvastatin	0 – 14 J.	0	19	111,71 EUR	128	0,0%
	15 – 24 J.	0,2	111	119,86 EUR	134	0,1%
	25 – 64 J.	17	27 149	193,43 EUR	211	2,9%
	≥ 65 J.	65,2	27 021	212,98 EUR	227	10,5%
Lercanidipin	0 – 14 J.	0	4	27,32 EUR	83	0,0%
	15 – 24 J.	0,1	27	40,25 EUR	166	0,0%
	25 – 64 J.	11,2	10 044	86,19 EUR	375	1,1%
	≥ 65 J.	81,4	19 413	94,87 EUR	394	7,6%
L-Thyroxin-Na.	0 – 14 J.	0,4	532	18,80 EUR	83	0,2%
	15 – 24 J.	1,7	1 129	16,69 EUR	112	0,5%
	25 – 64 J.	18,4	32 087	26,74 EUR	193	3,5%
	≥ 65 J.	50,5	25 355	27,17 EUR	187	9,9%
Prednisolon	0 – 14 J.	11,4	29 041	5,46 EUR	44	9,4%
	15 – 24 J.	12,2	17 490	5,78 EUR	52	8,5%
	25 – 64 J.	19,8	107 337	7,08 EUR	62	11,7%
	≥ 65 J.	22,8	28 237	9,39 EUR	76	11,0%
Amlodipin	0 – 14 J.	0	4	32,60 EUR	143	0,0%
	15 – 24 J.	0,1	40	29,63 EUR	140	0,0%
	25 – 64 J.	7,9	7 535	69,13 EUR	352	0,8%
	≥ 65 J.	65,4	16 711	78,10 EUR	368	6,5%
Omeprazol	0 – 14 J.	0,5	1 917	15,91 EUR	30	0,6%
	15 – 24 J.	1,9	6 297	9,14 EUR	22	3,1%
	25 – 64 J.	12,6	84 347	19,97 EUR	50	9,2%
	≥ 65 J.	44,7	34 678	49,42 EUR	121	13,5%

Wirkstoff	Alter	DDD pro Tag je 1.000 Versicherte d. Allgem. KV i. d. Alter	Patienten	Kosten je Patient	DDD/Pat.	Anteil der Pat. an Versicherten in dieser Altersklasse
Zolpidem	0 – 14 J.	0	24	6,20 EUR	31	0,0%
	15 – 24 J.	0,7	1 173	8,94 EUR	46	0,6%
	25 – 64 J.	11,7	37 093	20,60 EUR	107	4,0%
	≥ 65 J.	47,3	27 444	31,30 EUR	162	10,7%
Perindopril	0 – 14 J.	0	11	92,50 EUR	252	0,0%
	15 – 24 J.	0,2	63	78,53 EUR	214	0,0%
	25 – 64 J.	9,7	9 394	117,31 EUR	347	1,0%
	≥ 65 J.	50,3	13 016	126,07 EUR	364	5,1%
Pravastatin	0 – 14 J.	0	13	83,70 EUR	134	0,0%
	15 – 24 J.	0,1	55	58,24 EUR	102	0,0%
	25 – 64 J.	7,3	12 198	105,18 EUR	202	1,3%
	≥ 65 J.	54	22 482	122,81 EUR	226	8,7%
Gliclazid	0 – 14 J.	0	3	12,27 EUR	35	0,0%
	15 – 24 J.	0	23	44,80 EUR	128	0,0%
	25 – 64 J.	8,4	8 003	117,30 EUR	355	0,9%
	≥ 65 J.	49,8	12 661	117,98 EUR	370	4,9%
Bisoprolol	0 – 14 J.	0	9	43,89 EUR	30	0,0%
	15 – 24 J.	0,1	80	31,74 EUR	62	0,0%
	25 – 64 J.	7,8	14 443	63,01 EUR	181	1,6%
	≥ 65 J.	47,4	26 394	71,71 EUR	169	10,3%
Clopidogrel	0 – 14 J.	0	8	43,92 EUR	49	0,0%
	15 – 24 J.	0	13	85,62 EUR	83	0,0%
	25 – 64 J.	6,2	8 012	256,35 EUR	260	0,9%
	≥ 65 J.	52,8	18 113	270,48 EUR	274	7,0%
Nebivolol	0 – 14 J.	0	3	17,95 EUR	60	0,0%
	15 – 24 J.	0,1	87	30,70 EUR	107	0,0%
	25 – 64 J.	8,7	12 361	66,69 EUR	238	1,3%
	≥ 65 J.	39,9	14 890	71,78 EUR	252	5,8%

Tab. 14: Top 20 Wirkstoffe nach DDD mit Altersverteilung der Patienten: Elsass

8.3.4 Top Wirkstoffe: Verteilung nach Patientenalter – Baden-Württemberg

Wirkstoff	Alter	DDD pro Tag je 1.000 GKV- Versicherte i. d. Alter	Patienten	Kosten je Patient	DDD/Pat.	Anteil der RP an Versicherten in dieser Altersklasse
Ramipril	0 – 14 J.	0,6	1.352	19,40 EUR	257	0,1%
	15 – 24 J.	2,1	2.584	27,54 EUR	383	0,2%
	25 – 64 J.	71,2	275.942	34,68 EUR	563	4,6%
	≥ 65 J.	305,5	395.685	37,59 EUR	600	18,6%
Pantoprazol	0 – 14 J.	0,5	3.483	23,41 EUR	73	0,2%
	15 – 24 J.	5,8	42.173	20,72 EUR	64	3,3%
	25 – 64 J.	36,7	457.838	43,34 EUR	175	7,7%
	≥ 65 J.	150,7	411.640	67,20 EUR	285	19,4%
Amlodipin	0 – 14 J.	0,2	886	17,19 EUR	152	0,1%
	15 – 24 J.	0,4	788	27,29 EUR	253	0,1%
	25 – 64 J.	22,2	146.795	32,42 EUR	330	2,5%
	≥ 65 J.	138,0	316.867	34,33 EUR	338	14,9%
Simvastatin	0 – 14 J.	0,2	915	23,28 EUR	95	0,1%
	15 – 24 J.	0,1	348	34,55 EUR	137	0,0%
	25 – 64 J.	21,4	217.414	50,80 EUR	215	3,6%
	≥ 65 J.	132,7	486.417	51,14 EUR	212	22,9%
L-Thyroxin-Na.	0 – 14 J.	1,7	10.475	36,21 EUR	87	0,7%
	15 – 24 J.	8,6	35.715	32,69 EUR	112	2,8%
	25 – 64 J.	36,6	483.701	39,63 EUR	164	8,1%
	≥ 65 J.	75,5	367.288	40,28 EUR	160	17,3%
Omeprazol	0 – 14 J.	0,7	5.849	39,44 EUR	68	0,4%
	15 – 24 J.	2,5	19.568	23,43 EUR	59	1,5%
	25 – 64 J.	20,6	269.052	49,62 EUR	167	4,5%
	≥ 65 J.	79,6	256.999	71,06 EUR	241	12,1%
Metoprolol	0 – 14 J.	0,1	1.339	22,62 EUR	56	0,1%
	15 – 24 J.	0,4	2.677	27,58 EUR	63	0,2%
	25 – 64 J.	13,8	201.928	43,88 EUR	150	3,4%
	≥ 65 J.	75,8	366.977	47,78 EUR	161	17,3%
Torasemid	0 – 14 J.	0,2	697	21,77 EUR	117	0,0%
	15 – 24 J.	0,1	212	36,76 EUR	250	0,0%
	25 – 64 J.	6,0	51.250	41,46 EUR	258	0,9%
	≥ 65 J.	87,8	268.632	45,68 EUR	254	12,7%
Acetylsalicylsäure	0 – 14 J.	0,2	957	4,52 EUR	140	0,1%
	15 – 24 J.	0,2	473	4,59 EUR	153	0,0%
	25 – 64 J.	8,2	80.121	4,43 EUR	222	1,3%
	≥ 65 J.	74,9	256.676	5,59 EUR	227	12,1%

Wirkstoff	Alter	DDD pro Tag je 1.000 GKV- Versicherte i. d. Alter	Patienten	Kosten je Patient	DDD/Pat.	Anteil der RP an Versicherten in dieser Altersklasse
Metformin	0 – 14 J.	0,1	608	18,29 EUR	66	0,0%
	15 – 24 J.	0,2	793	30,63 EUR	111	0,1%
	25 – 64 J.	12,1	138.673	47,07 EUR	190	2,3%
	≥ 65 J.	53,7	222.777	48,20 EUR	187	10,5%
Bisoprolol	0 – 14 J.	0,1	811	15,58 EUR	55	0,1%
	15 – 24 J.	0,3	1.945	22,90 EUR	61	0,2%
	25 – 64 J.	10,5	179.803	34,06 EUR	128	3,0%
	≥ 65 J.	54,7	309.237	36,71 EUR	137	14,6%
Ramipril und Hydrochlorothiazid	0 – 14 J.	0,1	434	25,94 EUR	113	0,0%
	15 – 24 J.	0,1	364	41,11 EUR	171	0,0%
	25 – 64 J.	10,9	98.645	56,31 EUR	242	1,7%
	≥ 65 J.	50,4	155.925	58,52 EUR	251	7,3%
Enalapril	0 – 14 J.	0,1	466	23,04 EUR	118	0,0%
	15 – 24 J.	0,2	531	36,66 EUR	190	0,0%
	25 – 64 J.	7,9	52.871	37,10 EUR	325	0,9%
	≥ 65 J.	55,8	121.306	40,10 EUR	357	5,7%
Candesartan	0 – 14 J.	0,1	248	81,90 EUR	188	0,0%
	15 – 24 J.	0,2	338	107,75 EUR	272	0,0%
	25 – 64 J.	8,8	43.844	148,76 EUR	437	0,7%
	≥ 65 J.	50,0	80.385	168,99 EUR	484	3,8%
Furosemid	0 – 14 J.	0,1	656	40,13 EUR	116	0,0%
	15 – 24 J.	0,1	212	52,03 EUR	318	0,0%
	25 – 64 J.	4,0	23.258	43,43 EUR	375	0,4%
	≥ 65 J.	57,2	122.516	45,11 EUR	362	5,8%
Ibuprofen	0 – 14 J.	9,5	420.418	7,57 EUR	12	28,3%
	15 – 24 J.	4,6	136.804	15,09 EUR	16	10,8%
	25 – 64 J.	11,8	756.938	20,60 EUR	34	12,7%
	≥ 65 J.	22,4	329.362	27,50 EUR	53	15,5%
Levothyroxin, Kombinationen	0 – 14 J.	0,5	1.587	37,46 EUR	174	0,1%
	15 – 24 J.	4,1	9.592	42,75 EUR	201	0,8%
	25 – 64 J.	14,4	130.278	51,55 EUR	242	2,2%
	≥ 65 J.	18,8	58.062	52,91 EUR	251	2,7%
Diclofenac	0 – 14 J.	0,1	2.966	13,30 EUR	21	0,2%
	15 – 24 J.	2,0	49.700	13,36 EUR	19	3,9%
	25 – 64 J.	10,5	563.712	18,74 EUR	41	9,5%
	≥ 65 J.	27,7	314.093	25,67 EUR	68	14,8%

Wirkstoff	Alter	DDD pro Tag je 1.000 GKV-Versicherte i. d. Alter	Patienten	Kosten je Patient	DDD/Pat.	Anteil der RP an Versicherten in dieser Altersklasse
Citalopram	0 – 14 J.	0,1	376	32,16 EUR	108	0,0%
	15 – 24 J.	2,3	6.795	45,91 EUR	155	0,5%
	25 – 64 J.	11,6	116.118	59,31 EUR	218	1,9%
	≥ 65 J.	21,2	77.312	60,05 EUR	213	3,6%
Phenprocoumon	0 – 14 J.	0,1	353	22,76 EUR	113	0,0%
	15 – 24 J.	0,3	715	33,89 EUR	181	0,1%
	25 – 64 J.	4,0	39.597	40,28 EUR	219	0,7%
	≥ 65 J.	41,3	178.585	33,09 EUR	180	8,4%

Tab. 15: Top 20 Wirkstoffe nach DDD mit Altersverteilung der Patienten: Baden-Württemberg

8.4 Interpretation und Vergleich der kostenintensivsten Indikationsgruppen bzw. verordnungstärksten Wirkstoffe der beiden Regionen

Es überrascht etwas, dass die **Lipidsenker** (ATC-Gruppe C10) im Elsass auf Rang 1 der Indikationsgruppen nach Kosten rangieren (knapp 7 % der ambulanten Verordnungskosten), da jene in Baden-Württemberg mit einem Ausgabenanteil von nur 2 % erst auf Rang 16 liegen. Während im Elsass ca. 15 % aller Patienten mit Arzneimittelverordnung (RP) einen Lipidsenker erhalten (bei den über 65-Jährigen sogar jeder dritte Versicherte der Allgemeinen Krankenversicherung), sind es auf der deutschen Rheinseite lediglich 11 % der Rezeptpatienten.

Insbesondere die hohen durchschnittlichen jährlichen Behandlungskosten je Rezeptpatient tragen zum Spitzenplatz der Lipidsenker (nach Ausgaben) im Elsass bei. Dort betragen jene rund 190 Euro, in Baden-Württemberg weniger als die Hälfte (ca. 79 Euro). Dieser Unterschied ist v. a. folgenden Ursachen geschuldet: Die Patienten erhalten im Elsass tendenziell mehr Statin-Tagesdosen als in Baden-Württemberg (Elsass: zw. 220 und 300 DDD/RP/Jahr, Baden-Württemberg: ca. 220 DDD/RP/Jahr), insbesondere aber sind die Kosten je DDD im Elsass erheblich höher (z. B. Atorvastatin: DDD-Kosten im Elsass 0,57 Euro vs. 0,17 Euro in Baden-Württemberg, Pravastatin: DDD-Kosten im Elsass 0,54 Euro vs. 0,27 Euro in Baden-Württemberg).

Von allen in 2012 verordneten Wirkstoffen finden sich im Ranking nach Tagesdosen im Elsass gleich drei CSE-Hemmer unter den Top 20 (Atorvastatin, Rosuvastatin, Pravastatin).

Der hohe Simvastatinanteil in Baden-Württemberg (83 % aller Statin-DDD) dürfte einerseits mit der Dauer der generischen Verfügbarkeit bzw. Festbetragsregelung, andererseits aber auch mit den aktuellen Zielvereinbarungen zusammenhängen. Generisch verfügbares Atorvastatin – als Originalpräparat „Sortis®“ unter Patentschutz über viele Jahre mit hohen Zuzahlungen für die Patienten behaftet – ist mittlerweile das preisgünstigste Statin in Baden-Württemberg.

Der vordere Platz von Ezetimib (Rang 2 bzw. 3 innerhalb der Lipidsenker C10 in Baden-Württemberg), liegt an den hohen Kosten je DDD (2,15 Euro in der Kombination mit Simvastatin, 1,88 Euro als Monosubstanz). Der in Baden-Württemberg für 2012 vereinbarte Zielwert für Ezetimib-haltige Substanzen von unter 6 % DDD-Anteil an allen Statinen wurde eingehalten.

Für Rosuvastatin (Preise über dem Festbetrag liegend) müssen Patienten in Deutschland erhebliche Zuzahlungen leisten. Dies erklärt die minimalen Verordnungsanteile in Baden-Württemberg (GKV-Ausgaben < 69.000 Euro). Im Elsass werden über 11 Mio. Euro für diese Substanz abgerechnet. Die auch im Elsass im Vergleich zu den übrigen CSE-Hemmern deutlich höheren DDD-Kosten dieses Wirkstoffs scheinen die Verordnungshäufigkeit indessen nicht wesentlich zu beeinflussen.

Der Erstattungsanteil der Krankenpflichtversicherung für Statine liegt in Frankreich bei ca. 65 %. Allerdings sind Rosuvastatin und Ezetimib seit Ende 2014 nur noch nach vorheriger Genehmigung durch den Medizinischen Dienst erstattungsfähig.

Obwohl die Indikationsgruppe C09 mit **ACE-Hemmern, Sartanen** und deren Diuretika-Kombinationen in beiden Regionen in den Top 3-Plätzen nach Ausgaben liegt (Elsass Rang 2, Baden-Württemberg Platz 3), wird in Baden-Württemberg ein wesentlich höherer Anteil an Patienten (23 % vs. 15 % im Elsass) mit Wirkstoffen aus dieser Gruppe behandelt.

Erneut fallen – ähnlich wie bei den Lipidsenkern – die in Frankreich höheren DDD-Mengen je Rezeptpatient sowie die nahezu dreifach höheren Kosten je DDD auf (Ramipril: im Elsass 0,17 Euro/DDD vs. 0,06 Euro/DDD in Baden-Württemberg).

Im DDD-Ranking belegt Ramipril im Elsass Platz 5 mit einem Anteil von 2,8 % aller (zuordnungsfähigen) DDD, in Baden-Württemberg liegt Ramipril auf Platz 1 mit einem DDD-Anteil von nahezu 10 %. Perindopril – im Elsass auf Rang 15 nach DDD – spielt in Baden-Württemberg eine untergeordnete Rolle (Rang 824 bzw. Rang 280 in der Diuretika-Kombination).

Neben Ramipril (sowohl als Monosubstanz als auch in der Kombination mit Hydrochlorothiazid) finden sich mit Enalapril und Candesartan insgesamt 4 Wirkstoffe aus der ATC-Gruppe der ACE-Hemmer und Sartane unter den Top 20 Wirkstoffen nach DDD-Volumen.

Der Sartan-Anteil innerhalb der Indikationsgruppe C09 ist in Baden-Württemberg etwas geringer als im Elsass – auch hierbei könnte es sich um eine Folge der regionalen Zielvereinbarungen handeln, mit der ein Sartan- bzw. Aliskiren-Anteil unter 20 % innerhalb der Gruppe angestrebt wird.

Der Erstattungsanteil der Krankenpflichtversicherung für ACE-Hemmer bzw. Sartane liegt in Frankreich ebenfalls bei ca. 65 %.

Bei den **Antidiabetika** (ATC-Gruppe A10, auf Rang 2 bzw. 3 der Indikationsgruppen nach Kosten) führt – sowohl im Elsass als auch in Baden-Württemberg – Insulin glargin die Top 20-Liste nach Ausgaben an. Während im Elsass Sitagliptin auf Rang 2 folgt, ist es in Baden-Württemberg die Kombination aus Sitagliptin und Metformin.

Die durchschnittlichen Kosten je Metformin-DDD sind beidseits des Rheines nahezu identisch, allerdings erhalten die Patienten auf der französischen Seite deutlich mehr DDD als in Baden-Württemberg (258 DDD/RP/Jahr vs. 189 DDD/RP/Jahr). Insbesondere Patienten in mittlerem und höherem Lebensalter scheinen im Elsass höhere Dosierungen zu erhalten (unter der Annahme, dass es sich bei Metformin um eine Dauertherapie handelt).

Gliclazid, im Elsass unter den Top 20 Wirkstoffen nach DDD, ist mit 0,40 Euro je DDD ein relativ teurer Vertreter der Sulfonylharnstoffe (deren durchschnittliche DDD-Kosten betragen rund 0,17 Euro) in Deutschland. Möglicherweise ist dies der Grund dafür, dass in Baden-Württemberg lediglich 182 Praxen auf diesen Wirkstoff zurückgreifen (von insgesamt beinahe 5.600 Praxen in Baden-Württemberg, die Sulfonylharnstoffe verordnen).

Insgesamt werden in Baden-Württemberg anteilig etwas mehr Patienten mit Antidiabetika behandelt als im Elsass (Baden-Württemberg: 7,4 %, Elsass: 6,2 % aller RP).

Mehr als 2/3 aller Rezeptpatienten erhalten 2012 im Elsass mindestens ein **Analgetikum** der ATC-Gruppe N02 (69,2 %), in Baden-Württemberg liegt die Quote bei 18,3 %. In Deutschland ist die Verordnungsfähigkeit bestimmter Substanzen zu Lasten der GKV durch die Arzneimittel-Richtlinie⁷⁵ stark eingeschränkt (z. B. Acetylsalicylsäure, Paracetamol), wobei Analgetika des Niveau I auch in Frankreich frei verkäuflich sind.

Während im Elsass Paracetamol und Tramadol das Verordnungsgeschehen nach Kosten dominieren, findet sich in Baden-Württemberg neben Metamizol und Tilidin mit Fentanyl auch eine Substanz aus Stufe 3 des WHO-Stufenschemas „Schmerz“ unter den Top 3 Analgetika nach Kosten. Die Verordnungsmengen von Metamizol (rezeptpflichtig) steigen in Deutschland seit Jahren kontinuierlich, in Frankreich ist Metamizol nicht auf dem Markt.

Bei der Betrachtung nach DDD-Mengen (Tab. 12 bzw. 13) liegt Paracetamol im Elsass auf Rang 2 (Baden-Württemberg Platz 311). Dies entspricht einer Therapieempfehlung der Haute Autorité de Santé (HAS) in Frankreich, in der Paracetamol als Mittel der ersten Wahl zur Schmerztherapie empfohlen wird.

Auch die DDD-Kosten von Paracetamol sind im Elsass deutlich höher als in Baden-Württemberg (Paracetamol 0,77 Euro vs. 0,52 Euro je DDD).

Statt Paracetamol rangieren in Baden-Württemberg Ibuprofen sowie Diclofenac aus der ATC-Gruppe M01 (Antiphlogistika, s. u.) unter den Top 20.

Bei den **antiobstruktiv wirkenden Substanzen** der ATC-Gruppe R03 kommen sowohl im Elsass als auch in Baden-Württemberg die beiden langwirksamen Wirkstoffkombinationen aus Salmeterol und Fluticason bzw. Formoterol und Budesonid unter den Top 3 nach Kosten vor.

⁷⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss: Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie: www.g-ba.de/downloads/83-691-323/AM-RL-I-OTC-2013-06-05.pdf

Montelukast wird in der nationalen (deutschen) Versorgungsleitlinie Asthma lediglich als Mittel der Reserve, in begründeten Ausnahmefällen bzw. gegebenenfalls bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen empfohlen, der Gemeinsame Bundesausschuss verabschiedete 2012 einen Therapiehinweis zu Montelukast.^{76,77} Eine entsprechende Empfehlung der Haute Autorité de Santé in Frankreich geht in dieselbe Richtung. Dennoch hat Montelukast in Frankreich eine deutlich größere Bedeutung als in Deutschland: Im Elsass erhalten knapp 11 % aller Patienten mit antiobstruktiver Medikation (ATC-Gruppe R03) diesen Leukotrien-Rezeptorantagonisten, in Baden-Württemberg unter 3 %. Während die entsprechenden Ausgaben je Rezeptpatient im Elsass rund 100 Euro jährlich betragen, sind jene in Baden-Württemberg mit ca. 213 Euro mehr als doppelt so hoch.

Unter allen Top 20 Wirkstoffen nach DDD finden sich in beiden Regionen keine Antiobstruktiva.

Im Elsass sind die **Immunsuppressiva** (ATC-Gruppe L04) erst auf Rang 6 im Ausgabenranking zu finden (Baden-Württemberg: Rang 1). Bei ähnlich hohem Patientenanteil sind die Kosten je Rezeptpatient im Elsass über alle Wirkstoffe der ATC-Gruppe erheblich geringer als in Baden-Württemberg. Bei den „Blockbustern“ Adalimumab und Etanercept fallen die absoluten Preisunterschiede richtig hoch aus:

	Kosten je RP in 2012	
	Elsass	Baden-Württemberg
Adalimumab	8.428 EUR	12.737 EUR
Etanercept	7,453 EUR	11.241 EUR
Durchschnittliche Kosten der Wirkstoffe aus der ATC-Gruppe L04	2.740 EUR	5.357 EUR

Tab. 16: Adalimumab, Etanercept: Kosten je Rezeptpatient: Elsass vs. Baden-Württemberg

Parenteral zu applizierende Substanzen (z. B. der TNF- α -Blocker Infliximab – auf Rang 3 der Immunsuppressiva nach Kosten in Baden-Württemberg) tauchen in der französischen Auswertung nicht auf, da deren Abgabe in Frankreich stationären Behandlungseinrichtungen vorbehalten ist.

Die Berücksichtigung der hohen Kosten für die intravenös zu verabreichenden Substanzen in Baden-Württemberg führt dazu, dass der Kostenanteil der beiden subkutan zu injizierenden Biologicals Adalimumab und Etanercept in Baden-Württemberg gegenüber dem Elsass – trotz annähernd gleichem Patientenanteil – deutlich geringer ist (gut 40 % der Kosten für Immunsuppressiva in Baden-Württemberg, im Elsass rund 58 %). Ähnlich verhält es sich bei den Kosten Mycophenolsäure-haltiger Substanzen (Anwendung in der Transplantationsnachsorge). Deren Anteil liegt in Baden-Württem-

⁷⁶ AWMF: Nationale Versorgungsleitlinie Asthma: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-002l_S3_Asthma_2013-09.pdf

⁷⁷ Gemeinsamer Bundesausschuss: Anlage IV zum Abschnitt H der Arzneimittel-Richtlinie: www.g-ba.de/downloads/83-691-332/AM-RL-IV-Therapie_2013-06-20.pdf

berg unter 5 % (Elsass: 9,4 %) aller Ausgaben für Immunsuppressiva, der Rezeptpatientenanteil beträgt in beiden Regionen ca. 12 %.

Der Anteil der mit **systemischen Antibiotika** (ATC-Gruppe J01) behandelten Patienten ist im Elsass sehr viel höher (51 % vs. 32 %) als in Baden-Württemberg: Jedem zweiten Versicherten, der eine Arzneimittelverordnung erhält, wird im Elsass (mindestens auch) ein Antibiotikum verschrieben.

Auch bei der Auswahl systemisch wirksamer Antibiotika – im Elsass auf Rang 7, in Baden-Württemberg auf Rang 14 nach Kosten – scheinen sich die Verordnungsgewohnheiten der Ärzte beidseits des Rheines voneinander zu unterscheiden: Zwar rangiert Amoxicillin in Kombination mit Enzyminhibitoren (Clavulansäure) jeweils unter den Top 3, der Anteil der damit behandelten Patienten beträgt im Elsass jedoch 14 %, in BADEN-WÜRTTEMBERG lediglich gut 6 % aller Rezeptpatienten dieser Indikationsgruppe. Während Amoxicillin (ohne Clavulansäure) in Baden-Württemberg im Jahr 2011 nach Umsatz noch auf Platz 2 der oralen Antibiotika lag, schob sich 2012 mit Cefuroxim erstmals ein Cephalosporin der 2. Generation auf diesen Rang.

Im Elsass steht mit Cefpodoxim ein Vertreter der 3. Cephalosporin-Generation weit vorne im Kostenranking. Während die Ausgaben für diese Substanz in beiden Regionen mit rund 1,9 Mio. Euro annähernd identisch sind, liegt der Anteil der behandelten Patienten in Baden-Württemberg bei lediglich 2,6 % aller Patienten in der Indikationsgruppe J01 (Elsass: 9,3 %).

Pristinamycin-haltige Arzneimittel sind in Deutschland nicht erhältlich, im Elsass dominiert der Wirkstoff aus der Gruppe der Streptogramine die Kosten für systemisch wirkende Antibiotika. Die Zulassung bezieht sich auf die Behandlung der akuten Infektexazerbation bei chronischer Bronchitis, ambulant erworbenen Pneumonie, Sinusitis sowie von Hautinfektionen.

Antithrombotika (ATC-Gruppe B01) finden sich im Elsass auf Rang 8, in Baden-Württemberg erst auf Platz 11 nach Kosten. In beiden Regionen führen Clopidogrel und Enoxaparin das Ranking an, wenngleich die Reihenfolge variiert.

Mindestens einer von zehn Patienten mit einer Wirkstoffverordnung aus dem Bereich B01 erhält Clopidogrel, die Ausgabenanteile dieser Substanz sind im Elsass jedoch mehr als doppelt so hoch wie in Baden-Württemberg.

In Baden-Württemberg dominiert das niedermolekulare Heparin Enoxaparin mit einem breiten ambulanten Indikationsspektrum (v. a. Prophylaxe bzw. Therapie bei tiefer Beinvenenthrombose, Lungenembolie).

Während im Elsass auf Rang 3 nach Kosten ein weiteres Heparinpräparat folgt, landet mit Rivaroxaban in Baden-Württemberg ein Vertreter aus der Gruppe der neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK) ganz weit oben. Lagen dessen Verordnungskosten 2011 in Baden-Württemberg noch bei knapp über ½ Mio. Euro, sind es 2012 bereits über 14 Mio. Euro. Dies entspricht einer Umsatzsteigerung um den Faktor 25. Das in 2011 hinsichtlich des Umsatzes noch deutlich vor Rivaroxaban liegende Dabigatran erreicht 2012 in Baden-Württemberg „lediglich“ 6,6 Mio. Euro (2011: 1,56 Mio. Euro).

Bei der Betrachtung nach DDD-Mengen steht Acetylsalicylsäure im Elsass auf Rang 1 (in Baden-Württemberg Platz 9), Clopidogrel erreicht Rang 19, in Baden-Württemberg Platz 33. Die Kosten je DDD betragen für Acetylsalicylsäure im Elsass 0,10 Euro, in Baden-Württemberg lediglich 0,02 Euro, bei Clopidogrel sind die Unterschiede gering (0,99 Euro vs. 0,96 Euro in Baden-Württemberg). Die Verordnungsfähigkeit von Acetylsalicylsäure ist in Deutschland stark eingeschränkt.

Auf Rang 20 nach DDD findet sich in Baden-Württemberg mit Phenprocoumon ein „klassischer“ Vitamin-K-Antagonist, dessen Verordnungsentwicklung in den nächsten Jahren aufgrund der neuen – medizinisch nicht unbedingt „besseren“ – oralen Antikoagulanzen spannend zu beobachten sein wird.

Auf Rang 9 (Elsass) bzw. 7 (Baden-Württemberg) nach Umsatz folgt die Indikationsgruppe der **Psycholeptika** (ATC-Gruppe N05). Gemessen am Anteil der Rezeptpatienten werden im Elsass deutlich mehr Menschen medikamentös mit diesen Substanzen behandelt als in Baden-Württemberg (18 % vs. 8 %).

Risperidon und Aripiprazol sind in beiden Regionen unter den Top 3 Wirkstoffen nach Kosten, ergänzt von Olanzapin im Elsass bzw. Quetiapin (Rang 1) in Baden-Württemberg.

Während die Top 3 Wirkstoffe in beiden Regionen rund 50 % aller Kosten innerhalb der Psycholeptika ausmachen, fällt auf, dass deren Rezeptpatientenanteil im Elsass bei lediglich 4 % liegt (vgl. 18 % in Baden-Württemberg). D. h. im Elsass scheinen andere – aber vermutlich kostengünstigere – Wirkstoffe in der breiten Anwendung bevorzugt zu werden.

Mit Rang 14 tauchen im Elsass Zolpidem-haltige Schlafmittel unter den Top Wirkstoffen nach DDD auf. In Baden-Württemberg rangieren diese erst auf Platz 118 (nicht verschreibungspflichtig).

Mit 129 DDD pro RP und Jahr (unabhängig vom Alter) werden die Versicherten im Elsass entweder über einen längeren Zeitraum oder mit höheren Dosierungen von Zolpidem behandelt als in Baden-Württemberg (90 DDD/RP/Jahr). Im Mittel wird jedem zehnten über 65-jährigen Versicherten im Elsass mindestens ein halbes Jahr lang Zolpidem verordnet.

Mit einem Anteil von 3,3 % an den Gesamtausgaben tauchen im Elsass auch **Ophthalmika** (ATC-Gruppe S01) unter den Top 20 Indikationsbereichen auf (Platz 10). In Baden-Württemberg erreichen jene Rang 21 (knapp 2 % der Ausgaben). Nahezu jeder 5. Rezeptpatient enthält eine solche Verordnung im Elsass (19 % aller RP), in Baden-Württemberg sind es gut 10 % aller Rezeptpatienten.

Ranibizumab und Latanoprost finden sich in beiden Regionen unter den Top 3 ophthalmologischen Wirkstoffen nach Kosten, wobei die Anteile der mit diesen 2 Wirkstoffen behandelten Patienten (an allen mit Ophthalmika versorgten Patienten) auf der deutschen Seite deutlich geringer ist (RP-Anteil innerhalb der Indikationsklasse für Ranibizumab im Elsass: 0,5 %, in Baden-Württemberg: 0,2 %; für Latanoprost im Elsass: 9,8 %, in Baden-Württemberg: 4,6 %). An dieser Stelle sei kurz auf die – 2012 in Deutschland noch offene – Diskussion über den Einsatz von Bevacizumab (Off-Label-Use, relativ preisgünstig) vs. Ranibizumab (Zulassung vorhanden, teuer) bei der Behandlung der feuchten Makuladegeneration verwiesen. Da Bevacizumab auch für zahlreiche (andere) Indikationen zugelas-

sen ist, lassen sich über den Einsatz im ophthalmologischen Bereich allenfalls indirekte Rückschlüsse (z. B. über die Fachgruppenzugehörigkeit des verordnenden Arztes) ziehen. Diese Betrachtung würde Umfang und Zielsetzung dieses Reports allerdings übersteigen.

Immunstimulanzien (ATC-Gruppe L03) liegen im Elsass auf Rang 11 nach Kosten, in Baden-Württemberg bereits auf Rang 4. Die in beiden Regionen unter den Top 3 vorkommenden Wirkstoffe zur Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) Glatirameracetat bzw. Interferon beta-1a machen im Elsass rund 44 %, in Baden-Württemberg sogar über 63 % der Kosten innerhalb der ATC-Gruppe L03 aus. Mit Interferon beta-1b findet sich in Baden-Württemberg ein weiteres MS-Therapeutikum unter den Top Wirkstoffen nach Kosten.

Im Elsass schlägt mit Pegfilgrastim ein rekombinanter Granulozyten-stimulierender Faktor (Anwendung: Zytostatika-induzierte Neutropenie) unter den Top 3 nach Kosten auf. In Baden-Württemberg ist der Anteil dieses Wirkstoffs – sowohl den Umsatz als auch die Anzahl der Patienten betreffend – deutlich geringer (Elsass: RP-Anteil: 18 %, Umsatzanteil 16 %; Baden-Württemberg: RP- und Umsatzanteil jeweils knapp 9 %).

Rund 3 % bis 4 % der gesamten Arzneimittelausgaben in beiden Regionen gehen auf das „Konto“ der **Psychoanaleptika** (ATC-Gruppe N06), wobei in Baden-Württemberg anteilig mehr Patienten mit diesen Substanzen behandelt werden (RP-Anteil in Baden-Württemberg 11 %; im Elsass: 9 %).

Neben dem in beiden Regionen für die Demenztherapie zugelassenen Wirkstoff Memantin finden sich jeweils 2 Antidepressiva unter den Top 3 nach Kosten. Im Elsass dominiert Escitalopram sowohl nach Ausgaben als auch nach der Anzahl der Patienten, während in Baden-Württemberg die meisten Patienten mit Citalopram therapiert werden (RP-Anteil: 23,3 %). Dieser Wirkstoff ist auch der einzige Vertreter aus der Klasse der Psychopharmaka im weitesten Sinne, der es auf der deutschen Rheinseite unter die Top 20 Wirkstoffe nach DDD geschafft hat.

Neben je einem selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitor (SSRI) findet sich jeweils auch noch ein Wirkstoff aus der Klasse der SNRI (selektive Serotonin-Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren) unter den Top 3 nach Kosten. Im Elsass dominiert Venlafaxin (durchschnittliche jährliche Behandlungskosten je RP: 128 Euro), in BADEN-WÜRTTEMBERG das sehr viel kostspieligere Duloxetine (durchschnittliche jährliche Behandlungskosten je RP in Baden-Württemberg: Duloxetine: 606 Euro, Anzahl der RP: knapp 30.000; Venlafaxin: 102 Euro, Anzahl der RP: 61.752).

Für beide SNRI beträgt der Erstattungsanteil in Frankreich 65 % – für die Antidementiva wie z. B. Memantin liegt dieser lediglich bei 15 %.

Die Ausgaben für **systemische antivirale Mittel** (ATC-Gruppe J05) werden sowohl im Elsass als auch in Baden-Württemberg von der Zweifachkombination aus Tenofovir und Emtricitabin dominiert. In Baden-Württemberg rangiert auch die Dreifachkombination mit Efavirenz unter den Top 3 Virostatika nach Kosten.

Die durchschnittlichen Behandlungskosten je RP für die Tenofovir-Emtricitabin-Kombination liegen im Elsass bei knapp 4.200 Euro, in Baden-Württemberg bei gut 6.700 Euro. Die französische Krankenkassenversicherung erstattet für diese Substanzen die Kosten in voller Höhe.

Überraschend ist der vordere Rang von Valaciclovir im Elsass. Während dort weit über 50 % aller (systemisch) antiviral behandelten Patienten diesen Wirkstoff erhalten, spielt die Substanz in Baden-Württemberg mit Kosten in Höhe von knapp 400.000 Euro bzw. einem RP-Anteil von 5,3 % eine deutlich geringere Rolle. Die Indikationsgebiete von Valaciclovir gemäß Zulassungsstatus in Deutschland bzw. Gutachten der HAS (Haute Autorité de Santé) in Frankreich stimmen überein.

Mit Telaprevir hat es in Baden-Württemberg ein erst Mitte 2011 zur Hepatitis C-Kombinationstherapie zugelassener Protease-Inhibitor unter die Top 3 Virostatika nach Kosten geschafft. In Frankreich darf Telaprevir nur von Krankenhausärzten (Fachärzte für Gastroenterologie, Infektionskrankheiten oder Internisten) verordnet bzw. auch nur von Krankenhausapotheken ausgegeben werden.

Innerhalb der Indikationsgruppe A02 – **Mittel bei säure-bedingten Erkrankungen** – dominieren beidseits des Rheines die Protonenpumpeninhibitoren (PPI). Die beiden jahrelang (bis einschl. 2011) für Baden-Württemberg definierten Leitsubstanzen Pantoprazol und Omeprazol werden bei über 97 % aller Rezeptpatienten dieser ATC-Gruppe verordnet und machen fast 90 % der Kosten aus. Esomeprazol – im Elsass Top 1 nach Umsatz bzw. die Zahl der behandelten Patienten betreffend gleichauf mit Omeprazol – findet sich in Baden-Württemberg mit einem Umsatz- bzw. RP-Anteil von unter 3 % abgeschlagen auf Rang 3. Die DDD-Kosten der PPI liegen in Baden-Württemberg mit 0,25 bis 0,30 Euro unter jenen des Elsass (0,40 bis 0,43 Euro).

In Frankreich werden die Kosten für PPI zu 65 % von der Krankenkassenversicherung übernommen.

Mindestens jedem vierten (Elsass) bzw. knapp jedem fünften Versicherten (Baden-Württemberg), der im Jahr 2012 eine Arzneimittel-Verordnung erhält, wird ein PPI rezeptiert. Bei Betrachtung der Top Wirkstoffe nach DDD fällt auf, dass in Baden-Württemberg sehr viel größere DDD-Mengen je RP bzw. je 1.000 GKV-Versicherten (2- bis 3-fach) verordnet werden als im Elsass. Dies bedeutet, dass ein Patient im Elsass zwar „schneller“ oder „großzügiger“ einen Säureblocker erhält, die Anwendung in Form einer Dauerbehandlung – sei es unter therapeutischer oder prophylaktischer Indikation – scheint sich jedoch vornehmlich in Deutschland abzuspielen.

Auch In Frankreich sind kleine Mengen an PPI (bis zu 14 Einheiten) frei verkäuflich (OTC). Die größte erhältliche Packung enthält 28 Einheiten und ist verschreibungspflichtig. Großpackungen – wie in Deutschland – gibt es nicht.

Mit rund 16 Mio. Euro Umsatz bzw. 3,2 % der gesamten Arzneimittelausgaben finden sich im Elsass **antineoplastische Mittel** (ATC-Gruppe L01) auf Rang 15 nach Kosten. In Baden-Württemberg rangiert diese Gruppe auf Rang 8 im Ranking der Indikationsgruppen mit über 134 Mio. Euro Umsatz in 2012.

Da in Frankreich parenteral zu applizierende Arzneimittel bzw. Zubereitungen ausschließlich in Krankenhäusern zur Anwendung kommen, handelt es sich bei den Wirkstoffen dieser Klasse im Elsass ausschließlich um oral zu verabreichende Substanzen.

Nach Kosten dominieren innerhalb dieser Gruppe die Protein- bzw. Tyrosinkinase-Inhibitoren, die in Baden-Württemberg 71 % des ATC L01 Umsatzes ausmachen. Blockbuster in beiden Regionen sind Imatinib, Sunitinib, in Baden-Württemberg gefolgt von Nilotinib, im Elsass folgt Erlotinib.

Die durchschnittlichen jährlichen Kosten für die Behandlung mit Tyrosinkinase-Hemmern sind in Baden-Württemberg deutlich höher als im Elsass:

Tyrosinkinase-Inhibitor	Kosten je RP in 2012	
	Elsass	Baden-Württemberg
Imatinib	19.290 EUR	26.200 EUR
Sunitinib	17.170 EUR	21.900 EUR
Erlotinib	7.200 EUR	8.050 EUR
Nilotinib	keine Angaben verfügbar	26.340 EUR

Tab. 17: Tyrosinkinase-Inhibitoren: Vergleich der Behandlungskosten je RP

Die Kosten werden von der Krankenkassenversicherung in Frankreich voll übernommen.

Neben zwei Tyrosinkinase-Inhibitoren liegt in Baden-Württemberg das Alkylanz Temozolomid unter den Top 3 der antineoplastischen Mittel. Die Applikation dieses – zur Behandlung maligner Hirntumore zugelassenen – Wirkstoffs kann sowohl peroral (Hartkapseln) als auch intravenös erfolgen. Eine Infusionstherapie erhielten in Baden-Württemberg 2012 jedoch nur zwei Versicherte.

Auf Rang 15 bzw. 16 liegt in beiden Regionen die ATC-Gruppe M01: **Antirheumatika und Anti-phlogistika**. Während in Deutschland ungefähr jedem dritten Rezeptpatienten ein Wirkstoff dieser Klasse verordnet wird, ist dies im Elsass nahezu jeder zweite.

Die in Deutschland als Nahrungsergänzungsmittel nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Chondroitinsulfat-Präparate landen im Elsass auf Rang 1 nach Kosten. Mit durchschnittlich über 100 Euro je RP handelt es sich um relativ teure Substanzen, die französische Krankenkassenversicherung kommt lediglich für 15 % der Kosten auf.

Die beiden nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) Ibuprofen und Diclofenac liegen in beiden Regionen bei den Top 3 Wirkstoffen nach Kosten, wobei in Baden-Württemberg die Rezeptpatienten-Anteile (ATC-Gruppe M01) erheblich höher sind als im Elsass: In Baden-Württemberg erhalten rund 65 % aller RP Ibuprofen (Elsass: 38 %), ca. 37 % erhalten Diclofenac-Präparate (Elsass: knapp 12 %).

Die beiden NSAR finden sich in Baden-Württemberg unter den Top 20 Wirkstoffen nach DDD. (s. Tabelle 13).

Je nach Präparat übernimmt die Krankenpflichtversicherung in Frankreich bis zu 65 % der Kosten für NSAR.

Impfstoffe (ATC-Gruppe J07, Rang 17 nach Kosten im Elsass) werden in Frankreich ausschließlich patientenbezogen verordnet, der Umsatz im Elsass beläuft sich auf rund 11,4 Mio. Euro. Da Impfstoffe in Deutschland sowohl über den Sprechstundenbedarf (z. B. Diphtherie, Tetanus) als auch patientenindividuell (z. B. HPV-Impfung) verordnet werden, sind diese Kosten nicht in den allgemeinen Arzneimittelausgaben enthalten. Im Jahr 2012 betragen die GKV-Bruttoausgaben für Impfstoffe in Baden-Württemberg rund 146 Mio. Euro. Im Ranking nach ATC-Indikationsgruppen würden die Impfstoffe somit unter den Top 10 landen.

Unter den **sonstigen Mitteln für das Nervensystem** (ATC-Gruppe N07, Rang 18 im Elsass) dominieren im Elsass die in der Suchtbehandlung verordneten Wirkstoffe Buprenorphin⁷⁸, Methadon sowie Nicotin. In Baden-Württemberg liegt diese ATC-Gruppe nach Kosten erst auf Rang 30 mit einem Umsatz von knapp 30 Mio. Euro.

Auf ärztliche Verordnung werden die Kosten für Nicotin – Rang 3 nach Kosten innerhalb dieser Indikationsgruppe im Elsass – zum Teil von der französischen Krankenpflichtversicherung übernommen. In Deutschland dagegen wird die Substanz als Lifestyle-Arzneimittel deklariert und ist von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen.

Die Kosten für Buprenorphin (Monotherapie, N07BC01) sind im Elsass und in Baden-Württemberg mit 5,7 Mio. Euro ähnlich hoch, verglichen mit dem Elsass werden jedoch verhältnismäßig wenig Patienten (n = 5.042) mit der Substanz therapiert bzw. substituiert. Auch unter Berücksichtigung der Buprenorphin-Naloxon-Kombinationspräparate (N07BC51) werden in Baden-Württemberg 2012 insgesamt „nur“ rund 5.800 Patienten behandelt.

Die Substitutionsbehandlung mit Methadon verteilt sich in Baden-Württemberg auf die Fertigsubstanz (N07BC02) sowie die Methadon-Zubereitungen (V70AA01). Die Kosten betragen insgesamt rund 3,9 Mio. Euro, wobei der größte Anteil den Zubereitungen zukommt.

An vorletzter Stelle im Ranking der Top 20 Indikationsgruppen nach Kosten liegen im Elsass **Antiepileptika** (ATC-Gruppe N03), die in Baden-Württemberg auf Platz 13 zu finden sind. Mit jeweils rund 3,2 % aller Rezeptpatienten werden in beiden Regionen ähnliche Patientenanteile behandelt, wobei die durchschnittlichen Therapiekosten in Baden-Württemberg mit 404 Euro je RP und Jahr deutlich höher sind als im Elsass (255 Euro/RP/J). In dieser ATC-Klasse ist zu bemerken, dass – zumindest bei einigen Wirkstoffen – der Einsatz in der Epilepsie-Behandlung möglicherweise eine

⁷⁸ Buprenorphin-haltige Arzneimittel mit Zulassung zur Schmerztherapie haben einen anderen ATC-Code (N02AE01)

untergeordnete Rolle gegenüber anderen Indikationen spielt, z. B. die Behandlung neuropathischer Schmerzen mit Gabapentin bzw. Pregabalin.

Rang 1 und 2 nach Kosten innerhalb der ATC-Gruppe N03 belegen jeweils Pregabalin und Levetiracetam, im Elsass gefolgt von Lamotrigin, in Baden-Württemberg folgt Gabapentin an 3. Stelle.

Anhand von Pregabalin zeigt sich der Erfolg des Marketingkonzeptes des Herstellers. Trotz noch immer fehlender eindeutiger Überlegenheitsnachweise handelt es sich bei Pregabalin (Lyrica®) um den in beiden Regionen umsatzstärksten Wirkstoff innerhalb der ATC-Klasse N03 mit nahezu identischen RP-Anteilen. Erneut liegen die durchschnittlichen Behandlungskosten je RP in Baden-Württemberg erheblich über jenen des Elsass (473 Euro vs. 205 Euro).

Endokrin-wirksame Substanzen zum Einsatz in der Tumorbehandlung finden sich in der ATC-Gruppe L02, die in beiden Regionen den letzten Rang der Top 20 Indikationsgruppen nach Kosten ausmacht. Innerhalb der Top Wirkstoffe finden sich im Elsass die beiden in der Brustkrebstherapie zum Einsatz kommenden Aromatase-Hemmer Anastrozol und Letrozol sowie das GNRH-Analogon Leuprorelin (Therapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms). Auch in Baden-Württemberg rangiert Leuprorelin auf Rang 2 nach Kosten (allerdings mit deutlich höherem Patientenanteil), der hochpotente Hemmer der Androgen-Biosynthese Abirateron liegt trotz relativ geringer RP-Anzahl aufgrund der hohen Behandlungskosten auf Rang 1 (Kosten je RP/Jahr: 22.820 Euro). Auf dem dritten Platz nach Kosten befindet sich Fulvestrant, ein Estrogen-Rezeptorantagonist.

Die durchschnittlichen jährlichen Behandlungskosten je RP für die Aromatase-Hemmer sind in Frankreich beinahe doppelt so hoch wie in Baden-Württemberg, (Anastrozol / Letrozol: Kosten je RP im Elsass: 801 Euro / 855 Euro, in Baden-Württemberg: 415 Euro / 468 Euro) und werden komplett von der französischen Krankenpflichtversicherung übernommen.

Betablocker (ATC-Gruppe C07), **Antiparkinsonmittel** (ATC-Gruppe N04) sowie die sehr teuren **Antihämorrhagika** (ATC-Gruppe B02) landen im Elsass nicht auf den vorderen 20 Plätzen nach Kosten. Bei den letztgenannten sind insbesondere die Blutgerinnungsfaktoren (z. B. Faktor VIII-Konzentrate) für die hohen Ausgaben ursächlich. Da diese Substanzen in Frankreich nur über Krankenhausapotheken abgegeben werden dürfen, erklärt sich das Fehlen der Indikationsgruppe B02 in der entsprechenden Auswertung des Elsass.

Nach dem **Vergleich der Top Wirkstoffe nach DDD** lässt sich konstatieren, dass – beidseits des Rheins – Arzneimittel zur Therapie der großen „Volkskrankheiten“ dominieren. Deren Zulassungen beziehen sich vorwiegend auf den kardiovaskulären Bereich (arterielle Hypertonie, KHK, Herzinsuffizienz etc.) bzw. die entsprechenden Risikofaktoren (Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung). Neben den oben bereits beschriebenen ACE-Hemmern, Sartanen, Antidiabetika, Gerinnungshemmern, Lipidsenkern sowie Beta-Blockern finden sich weitere Wirkstoffe mit entsprechendem Behandlungsspektrum wie z. B. Diuretika und Kalzium-Antagonisten.

In Ergänzung zu den Auswertungen aus Baden-Württemberg folgt an dieser Stelle noch eine Auswertung der „Top-Seller“ in 2012 auf Aggregate-Ebene. Insgesamt 17 der 20 aufgeführten Präparate fanden sich bereits im Vorjahr unter den Top 20 Aggregaten nach Umsatz.

Von Ibuprofen abgesehen, handelt es sich ausschließlich um Originalarzneimittel, die in 2012 noch unter Patentschutz („O“) standen bzw. deren Patentschutz erst kurz zuvor abgelaufen ist („GfO“).

Mit Incivo® (Telaprevir) hat es eine neue Substanz bereits im zweiten Jahr nach Markteinführung unter die „Blockbuster“ nach Umsatz geschafft.

Der vordere Platz des Ibuprofen-Präparates lässt sich durch das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V in Baden-Württemberg erklären.

Aggregatname	Präparat- typ ⁷⁹	Wirkstoff	Kosten 2012	Anstieg Kosten 2011 → 2012	Anstieg Kosten 2010 → 2011
Humira®	O	Adalimumab	78.421.816 EUR	11,1%	12,9%
Enbrel®	O	Etanercept	48.563.029 EUR	2,8%	8,5%
Copaxone®	O	Glatirameracetat	46.576.605 EUR	-1,3%	6,1%
Lyrica®	O	Pregabalin	40.655.549 EUR	4,1%	10,5%
Rebif®	O	Interferon beta-1a	39.747.560 EUR	-4,7%	2,9%
Seroquel®	GfO	Quetiapin	34.891.732 EUR	-32,0%	14,7%
Avonex®	O	Interferon beta-1a	34.501.984 EUR	9,7%	9,5%
Clexane®	O	Enoxaparin	34.134.281 EUR	7,0%	35,8%
Glivec®	O	Imatinib	32.407.723 EUR	-4,9%	5,1%
Spiriva®	O	Tiotropiumbromid	31.849.199 EUR	5,3%	8,5%
Symbicort®	O	Formoterol + Budesonid	27.009.771 EUR	-6,6%	-2,1%
Lantus®	O	Insulin glargin	24.467.703 EUR	10,1%	17,6%
Remicade®	O	Infliximab	24.101.027 EUR	9,1%	10,1%
Revlimid®	O	Lenalidomid	23.928.698 EUR	12,9%	23,8%
Truvada®	O	Tenofovir + Emtricitabin	22.367.483 EUR	1,0%	13,2%
Incivo®	O	Telaprevir	21.861.007 EUR	337,0%	
Betaferon®	O	Interferon beta-1b	21.576.883 EUR	-4,7%	-3,0%
Viani®	GfO	Salmeterol + Fluticason	21.467.672 EUR	-18,0%	-17,8%
Abilify®	O	Aripiprazol	20.137.984 EUR	8,1%	17,1%
Ibuflam Lichtenstein®	G	Ibuprofen	19.565.272 EUR	21,8%	33,0%

Tab. 18: Top 20 Aggregate nach Kosten: Baden-Württemberg

⁷⁹ O = patentgeschütztes Original, GfO = generika-fähiges Original, G = Generikum

9. Arzneimittelverordnungen nach Fachgruppen

	 Elsass		 BW		
	Kosten	Anteil a. Kosten	Kosten inkl. V-ATC	Anteil a. Kosten	Kosten V-ATC
Allgemeinmed. / Hausärzte	359.503.725 EUR	62,7%	1.853.516.032 EUR	45,9%	163.421.108 EUR
Augenärzte	13.521.500 EUR	2,4%	41.192.748 EUR	1,0%	363.930 EUR
Internisten mit SP	33.794.343 EUR	5,9%	591.874.588 EUR	14,7%	155.226.429 EUR
<i>Internist. Rheumatologen</i>	<i>9.109.290 EUR</i>	<i>1,6%</i>	<i>104.650.194 EUR</i>	<i>2,6%</i>	<i>739.740 EUR</i>
<i>Internist. Hämato-Onkologen</i>	<i>7.315.090 EUR</i>	<i>1,3%</i>	<i>239.502.536 EUR</i>	<i>5,9%</i>	<i>112.673.495 EUR</i>
<i>Kardiologen</i>	<i>4.160.617 EUR</i>	<i>0,7%</i>	<i>26.724.003 EUR</i>	<i>0,7%</i>	<i>1.841.160 EUR</i>
<i>Gastroenterologen</i>	<i>4.141.190 EUR</i>	<i>0,7%</i>	<i>67.795.371 EUR</i>	<i>1,7%</i>	<i>14.141.930 EUR</i>
<i>Pneumologen</i>	<i>4.068.125 EUR</i>	<i>0,7%</i>	<i>42.193.025 EUR</i>	<i>1,0%</i>	<i>6.053.808 EUR</i>
<i>Endokrinologen</i>	<i>3.928.830 EUR</i>	<i>0,7%</i>	<i>10.643.576 EUR</i>	<i>0,3%</i>	<i>2.628.384 EUR</i>
<i>Nephrologen</i>	<i>1.071.202 EUR</i>	<i>0,2%</i>	<i>70.284.056 EUR</i>	<i>1,7%</i>	<i>9.583.094 EUR</i>
<i>Angiologen / mehrere SP</i>			<i>30.081.826 EUR</i>	<i>0,7%</i>	<i>7.564.819 EUR</i>
Gynäkologen, Geburtshelfer	8.737.657 EUR	1,5%	119.101.335 EUR	3,0%	46.735.485 EUR
Neurologen	7.509.343 EUR	1,3%	308.175.995 EUR	7,6%	1.668.520 EUR
Pädiater	6.729.877 EUR	1,2%	109.287.765 EUR	2,7%	18.234.841 EUR
Psychiater	6.422.276 EUR	1,1%	44.916.443 EUR	1,1%	526.045 EUR
Hautärzte	4.720.050 EUR	0,8%	55.969.309 EUR	1,4%	20.018.666 EUR
Urologen	2.078.010 EUR	0,4%	70.239.499 EUR	1,7%	4.247.502 EUR
Internisten o. SP	1.911.649 EUR	0,3%	46.953.244 EUR	1,2%	4.899.086 EUR
HNO-Ärzte	1.404.690 EUR	0,2%	21.789.559 EUR	0,5%	10.867.469 EUR
Orthopäden	1.052.070 EUR	0,2%	25.560.690 EUR	0,6%	212.005 EUR
Chirurgen	809.423 EUR	0,1%	16.416.152 EUR	0,4%	5.752.500 EUR
Anästhesisten	449.576 EUR	0,1%	10.237.761 EUR	0,3%	217.430 EUR
MVZ / BAG			315.856.083 EUR	7,8%	73.717.337 EUR
Hochschulambulanzen / PIA			349.701.915 EUR	8,7%	58.730.682 EUR
Sonstige	125.029.241 EUR	21,8%	53.062.270 EUR	1,3%	8.628.487,04 EUR
	573.673.431 EUR	100,0%	4.033.851.387 EUR	100,0%	573.467.520 EUR

Tab. 19: Verteilung der Kosten für Arzneimittel nach Fachrichtung des verordnenden Arztes

Im Elsass geht ein deutlich höherer Anteil der Arzneimittelausgaben auf das Konto der Hausärzte als in Baden-Württemberg. Rechtsrheinisch dominieren Fachärzte die Medikamentenverordnungen nach Kosten. Eine Erklärung liegt an den unterschiedlichen Strukturen / Regularien der Versorgung der beiden Regionen: bestimmte (in der Regel auch sehr teure) Arzneimittel wie z. B. parenterale

Zubereitungen dürfen in Frankreich grundsätzlich nicht im ambulanten Bereich verabreicht oder nur von Krankenhausapotheken abgegeben werden.

In Frankreich dürfen im Übrigen alle Ärzte am Krankenhaus Arzneimittel für ambulante Patienten (z. B. im Rahmen externer Konsultation oder bei Entlassung) verschreiben. Diese Verordnungen sind in den vorliegenden Auswertungen enthalten. In Baden-Württemberg dürfen in der Regel nur zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Ärzte bzw. Ärzte bestimmter Einrichtungen (z.B. Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V etc.) Verordnungen zu Lasten der GKV ausstellen.

Auch in Frankreich gibt es Gemeinschaftspraxen und sogenannte „Maisons médicales“ – multidisziplinäre Zentren der Primärversorgung. Die dort ausgestellten Verordnungen sind jedoch an den einzelnen Arzt geknüpft und werden somit dessen Fachgebiet zugeordnet.

9.1 Top Wirkstoffe nach DDD und Fachgruppe – Elsass

Fachrichtung	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	DDD-Anteil
Allgemeinmedizin	B01AC06	Acetylsalicylsäure	21.904.908	4,2%
	N02BE01	Paracetamol	18.371.551	3,6%
	C10AA05	Atorvastatin	16.171.836	3,1%
	C09AA05	Ramipril	15.885.060	3,1%
	C03CA01	Furosemid	14.789.729	2,9%
	Allgemeinmediziner			516.709.308
Gynäkologie / Geburtshilfe	G03CA03	Estradiol	2.140.999	24,1%
	G03AC08	Etonogestrel	1.910.000	21,5%
	G03DA04	Progesteron	668.608	7,5%
	G03CA04	Estriol	657.840	7,4%
	B03BB01	Folsäure	657.676	7,4%
	Gynäkologie / Geburtshilfe			8.886.526
Psychiatrie	N06AB10	Escitalopram	771.190	9,4%
	N06AX16	Venlafaxin	439.511	5,4%
	N05BA12	Alprazolam	336.653	4,1%
	N06AB05	Paroxetin	330.338	4,0%
	N05BA08	Bromazepam	329.994	4,0%
	Psychiater			8.179.570
Kardiologie	B01AC06	Acetylsalicylsäure	543.742	7,8%
	C10AA05	Atorvastatin	500.770	7,1%
	C09AA05	Ramipril	391.530	5,6%
	C03CA01	Furosemid	390.198	5,6%
	C09AA04	Perindopril	260.513	3,7%
	Kardiologen			7.011.862

Fachrichtung	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	DDD-Anteil
Pneumologie	R03BB01	Ipratropiumbromid	1.083.058	24,9%
	R03AC03	Terbutalin	473.750	10,9%
	R03AC02	Salbutamol	446.154	10,3%
	R03DC03	Montelukast	276.766	6,4%
	R03BA02	Budesonid	190.238	4,4%
	Pneumologen			4.349.830
Rheumatologie	H02AB07	Prednison	334.846	10,9%
	L04AX03	Methotrexat (oral)	257.528	8,4%
	N02BE01	Paracetamol	239.959	7,8%
	M01AX05	Glucosamin	178.157	5,8%
	M05BB03	Alendronsäure + Colecalciferol	154.728	5,1%
	Rheumatologen			3.059.654
Dermatologie	J01AA02	Doxycyclin	756.955	30,6%
	D10BA01	Isotretinoin	350.935	14,2%
	J01AA04	Lymecyclin	172.922	7,0%
	D01BA02	Terbinafin	145.838	5,9%
	R06AX27	Desloratadin	127.005	5,1%
	Dermatologen			2.477.649
Pädiatrie	A01AA01	Natriumfluorid	369.726	13,7%
	R03AC02	Salbutamol	240.835	8,9%
	R01AD07	Tixocortol	199.688	7,4%
	H02AB06	Prednisolon	173.118	6,4%
	R06AX27	Desloratadin	129.825	4,8%
	Kinderärzte			2.705.114

Tab. 20: Top 5 Wirkstoffe nach DDD bei relevanten Facharztgruppen: Elsass

9.2 Top Wirkstoffe nach DDD und Fachgruppe – Baden-Württemberg

Fachrichtung	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	DDD-Anteil
Hausarzt: Allgemeinmediziner / Hausärztliche Internisten	C09AA05	Ramipril	371.477.442	11,6%
	A02BC02	Pantoprazol	177.714.344	5,5%
	C08CA01	Amlodipin	146.268.330	4,5%
	C10AA01	Simvastatin	141.187.076	4,4%
	H03AA01	L-Thyroxin-Na.	131.203.791	4,1%
	Hausärzte			3.215.196.264

Fachrichtung	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	DDD-Anteil
Gynäkologie / Geburtshilfe	G03CD01	Estriol	22.889.922	22,5%
	G03AA07	Levonorgestrel, Estrogen	9.569.392	9,4%
	G03AA17	Dienogest, Estrogen	7.373.548	7,3%
	G03CA03	Estradiol	7.153.384	7,0%
	G03AA15	Chlormadinon, Estrogen	5.760.972	5,7%
	Gynäkologie / Geburtshilfe			101.697.606
Psychiatrie	N06AB04	Citalopram	4.370.667	13,8%
	N06AX16	Venlafaxin	2.652.844	8,4%
	N06BA04	Methylphenidat	2.011.858	6,3%
	N06AB06	Sertralin	1.819.390	5,7%
	N06AX11	Mirtazapin	1.683.584	5,3%
	Psychiater			31.747.264
Kardiologie	C09AA05	Ramipril	2.559.801	11,8%
	C08CA01	Amlodipin	1.081.674	5,0%
	C10AA01	Simvastatin	1.080.828	5,0%
	A02BC02	Pantoprazol	709.547	3,3%
	C07AB07	Bisoprolol	676.098	3,1%
	Kardiologen			21.699.651
Pneumologie	R03BB04	Tiotropiumbromid	2.404.142	10,7%
	R03AK61	Salmeterol + Fluticason	2.250.990	10,0%
	R03AC02	Salbutamol	2.007.023	8,9%
	R03BA02	Budesonid	1.905.146	8,5%
	R03AC13	Formoterol	1.746.370	7,8%
	Pneumologen			22.491.770
Rheumatologie	M01CX01	Methotrexat	2.119.481	18,1%
	H02AB06	Prednisolon	1.582.066	13,5%
	A11CC05	Colecalciferol	808.330	6,9%
	L04AA13	Leflunomid	674.855	5,8%
	L04AB04	Adalimumab	546.402	4,7%
	Rheumatologen			11.730.245
Dermatologie	D07AD01	Clobetasol	1.783.334	5,6%
	D07AC01	Betamethason	1.677.961	5,2%
	D07AC13	Mometason	1.574.694	4,9%
	D11AF55	Fluorouracil, Komb.	1.526.308	4,8%
	D07AC14	Methylprednisolon	1.435.035	4,5%
	Dermatologen			32.106.412

Fachrichtung	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	DDD-Anteil
Pädiatrie	R01AA07	Xylometazolin	10.804.733	12,7%
	A11CC80	Colecalciferol, Komb.	10.616.250	12,5%
	A11CC05	Colecalciferol	10.486.815	12,4%
	M01AE01	Ibuprofen	3.670.078	4,3%
	N06BA04	Methylphenidat	2.686.462	3,2%
	Kinderärzte			84.848.378

Tab. 21: Top 5 Wirkstoffe nach DDD bei relevanten Facharztgruppen: Baden-Württemberg

Die verordnungstärksten Wirkstoffe der Hausärzte, Kardiologen und Rheumatologen werden in den folgenden Kapiteln nochmals ausführlich analysiert.

Bei den **Gynäkologen** des Elsass steht mit Etonogestrel ein implantierbares Kontrazeptivum unter den verordnungstärksten Arzneimitteln – die französische Krankenpflichtversicherung übernimmt hierfür 65 % der Kosten. In Deutschland sind Kontrazeptiva nur in Ausnahmefällen zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Während das Ranking der Top 5 nach DDD in der Fachgruppe der Psychiater in Baden-Württemberg von den Antidepressiva (und Methylphenidat) dominiert wird, finden sich im Elsass gleich zwei Benzodiazepine unter den verordnungstärksten Wirkstoffen. In Baden-Württemberg liegt Lorazepam als die am häufigsten (nach DDD) verordnete Substanz auf Platz 30, Alprazolam – im Elsass auf Rang 3 – erscheint in Baden-Württemberg erst an 54., Bromazepam an 72. Stelle.

Wie oben bereits erwähnt, wird im Elsass bevorzugt das S-Enantiomer des racemischen Citaloprams (Escitalopram) verordnet, während in Baden-Württemberg Citalopram selbst die Verordnungsliste der **Psychiater** anführt.

Bei den **Pneumologen** des Elsass rangieren v. a. kurzwirksame antiobstruktive Wirkstoffe ganz oben im DDD-Ranking (Ipratropiumbromid, Terbutalin, Salbutamol), während in Baden-Württemberg den langwirksamen Substanzen (Tiotropiumbromid auf Rang 1 nach DDD, gefolgt vom Kombinationspräparat aus Salmeterol und Fluticason, Formoterol Rang 5) der Vorzug gegeben wird. Jede 4. DDD, die von einem Pneumologen im Elsass verordnet wird, enthält das Anticholinergikum Ipratropiumbromid.

Montelukast (über 6 % aller DDD bei Pneumologen im Elsass) rangiert in Baden-Württemberg erst auf Rang 12 nach DDD (1,9 % aller DDD).

Bei den Top 5 Wirkstoffen der Dermatologen finden sich keine Übereinstimmungen.

9.2.1 Top Wirkstoffe nach DDD bei Allgemeinmedizinern – Elsass

Rang nach DDD	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	Ausgaben inkl. Zuzahlung	Rang nach Ausgaben
1	B01AC06	Acetylsalicylsäure	21.904.908	2.153.384 EUR	32
2	N02BE01	Paracetamol EUR	18.371.551	13.993.482 EUR	1
3	C10AA05	Atorvastatin	16.171.836	9.348.462 EUR	3
4	C09AA05	Ramipril	15.885.060	2.614.955 EUR	20
5	C03CA01	Furosemid	14.789.729	1.483.646 EUR	53
6	A10BA02	Metformin	12.635.921	3.331.702 EUR	13
7	C10AA07	Rosuvastatin	10.941.993	10.187.260 EUR	2
8	C08CA13	Lercanidipin	10.735.946	2.537.042 EUR	23
9	A02BC05	Esomeprazol	10.702.762	4.592.029 EUR	6
10	H03AA01	Levothyroxin-Na.	9.469.188	1.343.421 EUR	61
11	H02AB06	Prednisolon	8.304.250	939.907 EUR	103
12	C08CA01	Amlodipin	7.937.910	1.637.478 EUR	48
13	A02BC01	Omeprazol	7.643.937	3.073.478 EUR	15
14	N05CF02	Zolpidem	7.510.699	1.451.097 EUR	54
15	C09AA04	Perindopril	7.277.576	2.491.434 EUR	25
16	C10AA03	Pravastatin	7.126.050	3.818.866 EUR	10
17	A10BB09	Gliclazid	7.004.058	2.255.627 EUR	29
18	C07AB07	Bisoprolol	6.421.281	2.483.263 EUR	26
19	B01AC04	Clopidogrel	6.402.750	6.320.449 EUR	4
20	C07AB12	Nebivolol	6.117.502	1.729.513 EUR	45
Insgesamt Top 20			213.354.907	77.786.495 EUR	
Insgesamt Allgemeinmediziner			516.709.308	359.503.725 EUR	

Tab. 22: Top 20 Wirkstoffe nach DDD bei Allgemeinmedizinern: Elsass

9.2.2 Top Wirkstoffe nach DDD bei Hausärzten – Baden-Württemberg

Rang nach DDD	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	Ausgaben inkl. Zuzahlung	Rang nach Ausgaben
1	C09AA05	Ramipril	371.477.442	23.062.887 EUR	11
2	A02BC02	Pantoprazol	177.714.344	42.536.347 EUR	3
3	C08CA01	Amlodipin	146.268.330	14.641.415 EUR	28
4	C10AA01	Simvastatin	141.187.076	33.842.071 EUR	4
5	H03AA01	Levothyroxin-Natrium	131.203.791	32.344.282 EUR	5
6	A02BC01	Omeprazol	98.116.139	28.829.546 EUR	6
7	C07AB02	Metoprolol	83.687.628	24.715.143 EUR	8
8	B01AC06	Acetylsalicylsäure	70.156.262	1.640.854 EUR	228
9	C03CA04	Torasemid	68.447.357	13.169.031 EUR	31
10	A10BA02	Metformin	63.812.946	16.181.718 EUR	23
11	C07AB07	Bisoprolol	61.448.264	16.358.770 EUR	21
12	C09BA25	Ramipril und Hydrochlorothiazid	60.059.116	13.973.051 EUR	29
13	C09AA02	Enalapril	57.219.067	6.440.619 EUR	63
14	C09CA06	Candesartan	53.637.566	18.497.626 EUR	19
15	H03AA51	Levothyroxin, Kombinationen	44.857.700	9.518.791 EUR	42
16	C03CA01	Furosemid	44.665.776	5.812.571 EUR	75
17	B01AA04	Phenprocoumon	38.079.807	6.999.779 EUR	58
18	M01AE01	Ibuprofen	36.375.739	20.191.210 EUR	18
19	C03AA03	Hydrochlorothiazid	35.258.515	6.604.722 EUR	59
20	M01AB05	Diclofenac	35.230.726	13.889.410 EUR	30
Insgesamt Top 20			1.818.903.589	349.249.843 EUR	
Insgesamt Hausärzte			3.215.196.264	1.853.516.032 EUR	

Tab. 23: Top 20 Wirkstoffe nach DDD bei Hausärzten: Baden-Württemberg

Beide vorstehenden Tabellen zeigen hinsichtlich der darin enthaltenen Wirkstoffe eine hohe Übereinstimmung mit den Auswertungen in Tabellen 12 und 13 (Darstellung der Top Wirkstoffe nach DDD über alle Fachgruppen), so dass an dieser Stelle keine erneute Beschreibung erfolgt.

9.2.3 Top Wirkstoffe bei Kardiologen – Elsass

Rang nach DDD	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	Ausgaben	Rang nach Ausgaben
1	B01AC06	Acetylsalicylsäure	543.742	53.444 EUR	16
2	C10AA05	Atorvastatin	500.770	246.011 EUR	1
3	C09AA05	Ramipril	391.530	72.390 EUR	12
4	C03CA01	Furosemid	390.198	39.161 EUR	28
5	C09AA04	Perindopril	260.513	88.232 EUR	10
6	C10AA07	Rosuvastatin	253.335	221.080 EUR	2
7	C07AB07	Bisoprolol	245.367	123.107 EUR	4
8	B01AC04	Clopidogrel	195.210	200.960 EUR	3
9	C08CA13	Lercanidipin	194.640	49.566 EUR	17
10	C07AB12	Nebivolol	189.660	54.968 EUR	15
11	C07AB03	Atenolol	174.185	31.731 EUR	38
12	C08CA01	Amlodipin	155.430	36.374 EUR	30
13	C01BD01	Amiodaron	141.420	48.842 EUR	18
14	C09CA06	Candesartan	130.665	47.751 EUR	20
15	C09CA04	Irbesartan	112.245	44.820 EUR	25
16	C09CA03	Valsartan	110.160	46.604 EUR	22
17	C01BC04	Flecainid	107.610	89.135 EUR	9
18	A02BC05	Esomeprazol	103.460	47.928 EUR	19
19	C01DA02	Nitroglycerin	94.300	27.460 EUR	42
20	C10AA03	Pravastatin	85.124	47.444 EUR	21
Insgesamt Top 20			4.379.564	1.617.008 EUR	
Insgesamt Kardiologen			7.035.625	4.160.617 EUR	

Tab. 24: Top 20 Wirkstoffe nach DDD bei Kardiologen: Elsass

ATC-Code	Wirkstoff	Ausgaben	Anteil
C10AA05	Atorvastatin	246.011 EUR	5,9%
C10AA07	Rosuvastatin	221.080 EUR	5,3%
B01AC04	Clopidogrel	200.960 EUR	4,8%

ATC-Code	Wirkstoff	Ausgaben	Anteil
C07AB07	Bisoprolol	123.107 EUR	3,0%
B01AE07	Dabigatran	121.718 EUR	2,9%
B01AC30	Thrombozytenaggrationshemmer, Kombinationen	99.871 EUR	2,4%
C10AX09	Ezetimib	96.082 EUR	2,3%
C01EB17	Ivabradin	93.201 EUR	2,2%
C01BC04	Flecainid	89.135 EUR	2,1%
C09AA04	Perindopril	88.232 EUR	2,1%
B01AX06	Rivaroxaban	78.829 EUR	1,9%
C09AA05	Ramipril	72.390 EUR	1,7%
C10BA02	Simvastatin + Ezetimib	71.072 EUR	1,7%
C03DA04	Eplerenon	64.616 EUR	1,6%
C07AB12	Nebivolol	54.968 EUR	1,3%
B01AC06	Acetylsalicylsäure	53.444 EUR	1,3%
C08CA13	Lercanidipin	49.566 EUR	1,2%
C01BD01	Amiodaron	48.842 EUR	1,2%
A02BC05	Esomeprazol	47.928 EUR	1,2%
C09CA06	Candesartan	47.751 EUR	1,1%
Insgesamt Top 20		1.968.801 EUR	47,3%
Insgesamt Kardiologen		4.160.617 EUR	100,0%

Tab. 25: Top 20 Wirkstoffe nach Kosten bei Kardiologen: Elsass

9.2.4 Top Wirkstoffe bei Kardiologen – Baden-Württemberg

Rang nach DDD	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	Ausgaben	Rang nach Ausgaben
1	C09AA05	Ramipril	2.559.801	182.310 EUR	22
2	C08CA01	Amlodipin	1.081.674	123.904 EUR	35
3	C10AA01	Simvastatin	1.080.828	257.732 EUR	13
4	A02BC02	Pantoprazol	709.547	163.620 EUR	26
5	C07AB07	Bisoprolol	676.098	202.795 EUR	18
6	C09CA06	Candesartan	660.597	220.018 EUR	16
7	C07AB02	Metoprolol	621.446	200.357 EUR	19
8	B01AC06	Acetylsalicylsäure	618.102	16.127 EUR	162

Rang nach DDD	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	Ausgaben	Rang nach Ausgaben
9	C03CA04	Torasemid	503.077	104.747 EUR	39
10	B01AA04	Phenprocoumon	499.396	93.183 EUR	47
11	B01AC04	Clopidogrel	475.176	497.800 EUR	7
12	C10AA05	Atorvastatin	464.555	75.890 EUR	56
13	H03AA01	L-Thyroxin-Na.	414.284	100.869 EUR	44
14	C09BA25	Ramipril + HCT	366.251	87.577 EUR	52
15	C09CA03	Valsartan	341.642	78.972 EUR	54
16	A02BC01	Omeprazol	309.718	90.798 EUR	49
17	C09AA02	Enalapril	301.139	32.670 EUR	112
18	A10BA02	Metformin	284.257	66.902 EUR	68
19	C03AA03	Hydrochlorothiazid	279.425	55.826 EUR	80
20	C07AB12	Nebivolol	278.600	47.515 EUR	90
Insgesamt Top 20			12.525.613	2.699.612 EUR	
Insgesamt Kardiologen			21.699.651	26.724.003 EUR	

Tab. 26: Top 20 Wirkstoffe nach DDD bei Kardiologen: Baden-Württemberg

ATC-Code	Wirkstoff	Ausgaben	Anteil
C02KX01	Bosentan	5.250.732 EUR	19,6%
C02KX04	Sildenafil	3.311.766 EUR	12,4%
C02KX02	Ambrisentan	1.730.488 EUR	6,5%
C02KX05	Tadalafil	801.335 EUR	3,0%
B01AF01	Rivaroxaban	547.828 EUR	2,0%
B01AC04	Clopidogrel	497.800 EUR	1,9%
C04AG02	Iloprost	496.903 EUR	1,9%
C03DA04	Eplerenon	347.986 EUR	1,3%
B01AB05	Enoxaparin	347.924 EUR	1,3%
C10AA01	Simvastatin	257.732 EUR	1,0%
C10BA02	Simvastatin und Ezetimib	253.709 EUR	0,9%
B01AE07	Dabigatran	233.942 EUR	0,9%
C09CA06	Candesartan	220.018 EUR	0,8%
B02BD12	Moroctocog alfa	217.340 EUR	0,8%

ATC-Code	Wirkstoff	Ausgaben	Anteil
C07AB07	Bisoprolol	202.795 EUR	0,8%
C07AB02	Metoprolol	200.357 EUR	0,7%
C01BD07	Dronedaron	194.647 EUR	0,7%
C01EB17	Ivabradin	192.898 EUR	0,7%
C09AA05	Ramipril	182.310 EUR	0,7%
L04AD02	Tacrolimus	177.026 EUR	0,7%
Insgesamt Top 20		15.665.536 EUR	58,6%
Insgesamt Kardiologen		26.724.003 EUR	100,0%

Tab. 27: Top 20 Wirkstoffe nach Kosten bei Kardiologen: Baden-Württemberg

Erwartungsgemäß finden sich unter den Top-Wirkstoffen nach DDD beidseits des Rheins nahezu dieselben Substanzklassen wie z. B. Statine, ACE-Hemmer und Sartane, Betablocker, Gerinnungshemmer und Diuretika. Das Ranking variiert etwas, erneut liegt die Vermutung nahe, dass in Baden-Württemberg – zumindest bei der Behandlung der großen Volkskrankheiten (arterielle Hypertonie, KHK, Herzinsuffizienz, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen etc.) – Kostenaspekte wie z. B. die Einordnung bestimmter Arzneimittel in Festbetragsgruppen bzw. Zielvorgaben der Landesebene eine größere Rolle zu spielen scheinen als im Elsass.

In beiden Regionen finden sich in den Top-Listen nach DDD insgesamt 3 Betablocker, bei Bisoprolol und Nebivolol herrscht Übereinstimmung, statt Metoprolol wird im Elsass vermehrt Atenolol verordnet (Atenolol belegt in Baden-Württemberg im Ranking nach DDD erst Rang 106).

Neben den „typischen“ Arzneimitteln der Kardiologen (s. Top-Listen nach DDD) tauchen in den Auswertungen nach Kosten auf beiden Seiten des Rheins sowohl der diuretisch wirksame Aldosteron-Rezeptor-Antagonist Eplerenon als auch das die Herzfrequenz verlangsamende Ivabradin sowie die beiden neuen oralen Antikoagulantien Dabigatran und Rivaroxaban auf.

Ganz vorne im Ranking nach Kosten liegen bei den Kardiologen in Baden-Württemberg Substanzen zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie (Bosentan, Sildenafil, Tadalafil sowie Ambrisentan). Im Elsass taucht keiner dieser Wirkstoffe unter den Top 20 auf: Bosentan und Ambrisentan dürfen dort nur auf Verordnung eines Krankenhausarztes und durch Krankenhausapotheken abgegeben werden, Sildenafil und Tadalafil sind gänzlich von der Kostenübernahme ausgeschlossen.

Auch der in zur Behandlung von Hämophilie-Patienten eingesetzte rekombinante Gerinnungsfaktor VIII (Moroctocog alfa) darf in Frankreich nur durch Krankenhausapotheken auf Verordnung eines Krankenhausfacharztes abgegeben werden und ist damit nicht in den zugrundegelegten ambulanten Arzneimittelkostenstatistiken enthalten.

Die wichtigste Indikation des Immunsuppressivums Tacrolimus beim Kardiologen scheint v. a. in der Verhinderung von Transplantatabstoßungen (Herz, evtl. auch andere Organe z. B. Niere) zu liegen.

Kardiologen aus Baden-Württemberg verordnen 2012 auch Blutzuckerteststreifen für über 730.000 Euro (dies ergäbe Rang 5 im Kostenranking), ähnlich wie bei den Rheumatologen wären auch bei den Kardiologen die Ausgaben für Rezepturen zur antineoplast. u. immunmodulierenden Behandlung unter den TOP-20 nach Kosten zu finden. Aus mehrfach genannten Gründen wird auf die Ausweisung in den Gegenüberstellungen mit dem Elsass jedoch verzichtet.

9.2.5 Top Wirkstoffe bei Rheumatologen – Elsass

Rang nach DDD	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	Ausgaben	Rang nach Ausgaben
1	H02AB07	Prednison	334.846	63.167 EUR	17
2	L04AX03	Methotrexat (oral)	257.528	73.975 EUR	15
3	N02BE01	Paracetamol	239.959	176.037 EUR	6
4	M01AX05	Glucosamin	178.157	93.142 EUR	10
5	M05BB03	Alendronsäure + Colecalciferol	154.728	88.488 EUR	12
6	H02AB06	Prednisolon	128.505	36.380 EUR	24
7	M05BA07	Risedronsäure	111.742	92.687 EUR	11
8	A02BC01	Omeprazol	99.582	38.428 EUR	23
9	B03BB01	Folsäure	87.742	19.357 EUR	41
10	L04AB01	Etanercept	85.486	2.868.982 EUR	1
11	M01AE02	Naproxen	80.034	19.131 EUR	42
12	L04AB04	Adalimumab	80.000	2.736.846 EUR	2
13	M01AE03	Ketoprofen	69.960	25.489 EUR	33
14	M01AB05	Diclofenac	69.804	26.135 EUR	30
15	A02BC05	Esomeprazol	64.643	31.120 EUR	27
16	N02AX02	Tramadol	53.529	54.013 EUR	19
17	P01BA02	Hydroxychloroquin	44.674	20.478 EUR	37
18	A02BC02	Pantoprazol	40.747	27.051 EUR	29
19	L04AA13	Leflunomid	38.100	109.545 EUR	9
20	M01AH01	Celecoxib	37.305	20.697 EUR	36
Insgesamt Top 20			2.257.071	6.621.148 EUR	
Insgesamt Rheumatologen			3.060.938	9.109.290 EUR	

Tab. 28: Top 20 Wirkstoffe nach DDD bei Rheumatologen: Elsass

ATC-Code	Wirkstoff	Ausgaben	Anteil
L04AB01	Etanercept	2 868 982 EUR	31,5%
L04AB04	Adalimumab	2 736 846 EUR	30,0%
L01BA01	Methotrexat	469 294 EUR	5,2%
H05AA02	Teriparatid	333 431 EUR	3,7%
L04AB05	Certolizumab	298 582 EUR	3,3%
N02BE01	Paracetamol	176 037 EUR	1,9%
M01AX25	Chondroitinsulfat	159 733 EUR	1,8%
M09AX01	Hyaluronsäure	121 250 EUR	1,3%
L04AA13	Leflunomid	109 545 EUR	1,2%
M01AX05	Glucosamin	93 142 EUR	1,0%
M05BA07	Risedronsäure	92 687 EUR	1,0%
M05BB03	Alendronsäure + Colecalciferol	88 488 EUR	1,0%
H02AB17	Cortivazol	86 129 EUR	0,9%
N02AX52	Tramadol Kombinationen	74 307 EUR	0,8%
L04AX03	Methotrexat (oral)	73 975 EUR	0,8%
A12AX	Kalzium in Kombination mit anderen Substanzen	69 210 EUR	0,8%
H02AB07	Prednison	63 167 EUR	0,7%
M05BX	Andere Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und die Mineralisation	58 638 EUR	0,6%
N02AX02	Tramadol	54 013 EUR	0,6%
N03AX16	Pregabalin	52 077 EUR	0,6%
Insgesamt Top 20		8.079.533 EUR	88,7%
Insgesamt Rheumatologen		9.109.290 EUR	100,0%

Tab. 29: Top 20 Wirkstoffe nach Kosten bei Rheumatologen: Elsass

9.2.6 Top Wirkstoffe bei Rheumatologen – Baden-Württemberg

Rang nach DDD	ATC-Code	Wirkstoff	DDD	Ausgaben	Rang nach Ausgaben
1	M01CX01	Methotrexat	2.119.481	4.098.597 EUR	6
2	H02AB06	Prednisolon	1.582.066	509.588 EUR	13
3	A11CC05	Colecalciferol	808.330	59.083 EUR	54
4	L04AA13	Leflunomid	674.855	3.016.319 EUR	7
5	L04AB04	Adalimumab	546.402	34.622.238 EUR	1
6	L04AB01	Etanercept	433.027	26.465.540 EUR	2
7	H02AB07	Prednison	368.416	237.763 EUR	21
8	A02BC02	Pantoprazol	359.471	89.947 EUR	40
9	M01CX02	Sulfasalazin	307.625	242.886 EUR	20
10	A02BC01	Omeprazol	299.057	93.044 EUR	38
11	B03BB01	Folsäure	262.525	77.329 EUR	44
12	A12AX01	Calciumcarbonat + Colecalciferol	239.324	113.211 EUR	35
13	M01AB05	Diclofenac	233.922	66.003 EUR	51
14	M01AH05	Etoricoxib	210.203	231.341 EUR	22
15	L04AB02	Infliximab	206.987	7.188.283 EUR	3
16	M01AE01	Ibuprofen	205.026	77.243 EUR	45
17	P01BA02	Hydroxychloroquin	189.540	181.658 EUR	27
18	L04AX03	Methotrexat	183.700	65.075 EUR	52
19	M01AH01	Celecoxib	170.315	255.398 EUR	19
20	M05BA04	Alendronsäure	142.909	90.309 EUR	39
Insgesamt Top 20			9.543.181	77.780.856 EUR	
Insgesamt Rheumatologen			11.730.245	104.650.194 EUR	

Tab. 30: Top 20 Wirkstoffe nach DDD bei Rheumatologen: Baden-Württemberg

ATC-Code	Wirkstoff	Ausgaben	Anteil
L04AB04	Adalimumab	34.622.238 EUR	33,1%
L04AB01	Etanercept	26.465.540 EUR	25,3%
L04AB02	Infliximab	7.188.283 EUR	6,9%
L04AB06	Golimumab	5.673.328 EUR	5,4%
L04AC07	Tocilizumab	4.775.412 EUR	4,6%
M01CX01	Methotrexat	4.098.597 EUR	3,9%
L04AA13	Leflunomid	3.016.319 EUR	2,9%
L01XC02	Rituximab	2.965.616 EUR	2,8%
L04AB05	Certolizumab	2.696.519 EUR	2,6%
L04AA24	Abatacept	2.568.985 EUR	2,5%
J05AR03	Tenofovir disoproxil und Emtricitabin	1.191.634 EUR	1,1%
H02AB06	Prednisolon	509.588 EUR	0,5%
C02KX01	Bosentan	503.366 EUR	0,5%
J05AG01	Nevirapin	499.139 EUR	0,5%
J05AR10	Lopinavir und Ritonavir	375.608 EUR	0,4%
J05AX08	Raltegravir	286.933 EUR	0,3%
L04AC08	Canakinumab	284.330 EUR	0,3%
M01AH01	Celecoxib	255.398 EUR	0,2%
M01CX02	Sulfasalazin	242.886 EUR	0,2%
H02AB07	Prednison	237.763 EUR	0,2%
Insgesamt Top 20		98.457.482 EUR	94,1%
Insgesamt Rheumatologen		104.650.194 EUR	100,0%

Tab. 31: Top 20 Wirkstoffe nach Kosten bei Rheumatologen: Baden-Württemberg

Ungefähr die Hälfte aller Top 20 Wirkstoffe nach DDD kommt in beiden Regionen auf der jeweiligen Liste vor. Bei der Darstellung nach Kosten sind die Übereinstimmungen erheblich geringer. Zwar dominieren sowohl im Elsass als auch in Baden-Württemberg Adalimumab und Etanercept mit rund 60 % Kostenanteil, in Baden-Württemberg finden sich neben dem ebenfalls beidseits des Rheins vorkommenden Certolizumab jedoch etliche weitere Biologicals (z. B. Infliximab, Golimumab, Tocilizumab, Rituximab etc.), die allerdings – zumindest teilweise – intravenös zu applizieren sind (im Elsass keine ambulante Verordnung möglich).

Relativ hohe Übereinstimmung besteht beim Einsatz von Steroiden und Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI), die Präferenz bei der Analgetika- und Antiphlogistika-Auswahl differiert.

Mit Glucosamin, Chondroitinsulfat und Hyaluronsäure tauchen in den Top 20 nach Kosten im Elsass drei Wirkstoffe auf, die in Deutschland nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind. Die Krankenpflichtversicherung in Frankreich erstattet 65 % der Kosten für intraartikuläre Hyaluronsäure-Injektionen.

Während im Elsass unter den umsatzstärksten Substanzen der Rheumatologen etliche Wirkstoffe zur Osteoporose-Prophylaxe bzw. –Therapie auftauchen, werden in Baden-Württemberg antivirale Substanzen in erheblichem Umfang verordnet (Indikation v. a. HIV).

Bei Berücksichtigung von Rezeptur Arzneimitteln würden jene zur „antineoplastischen und immunmodulierenden Behandlung“ (V70B) auf Rang 12 nach Kosten bei baden-württembergischen Rheumatologen rangieren (Bruttoausgaben von gut 543.000 Euro).

10. Diabetes Mellitus

10.1 Diabetesversorgung

Die internationale Diabetesföderation (International Diabetes Federation IDF) veröffentlicht regelmäßig Daten zur Diabetesversorgung. Weltweit beträgt die Prävalenz der Erkrankung ca. 8,4 %, Frankreich liegt mit 7,5 % unter, Deutschland mit knapp 12 % deutlich über dem Durchschnitt (altersstandardisiert Frankreich: 5,4 %, Deutschland 8,3 %). In den französischen Überseegebieten – insbesondere der Südsee – ist der Anteil Diabeteserkrankter sehr viel höher.

Die durchschnittlichen krankheitsbezogenen Kosten für Menschen mit Diabetes liegen 2014 in Frankreich mit ca. 5.600 US\$ erheblich über jenen in Deutschland (4.944 US\$ pro Diabetiker).^{80,81}

Ein europäischer Vergleich der Diabetesversorgung in Frankreich bzw. Deutschland anhand von insgesamt 28 Indikatoren aus sechs Subgruppen zeigt, dass die Qualität vergleichbar ist: mit Rang 9 (von 30 Ländern) liegt die Grande Nation noch einen Platz vor der BRD. Allerdings wird auch deutlich, dass es in beiden Ländern noch Verbesserungspotenzial gibt.⁸²

Die folgende Tabelle zeigt einen modifizierten Auszug aus dem Report von Garrofé et al.:

Unterdisziplin	max. Score	Frankreich	BRD	Top Länder (Score)
Prävention	175	146	107	Dänemark, Frankreich, Italien (je 146)
Diabetesentdeckung	50	42	42	Kroatien, Dänemark, Ungarn, Norwegen, Schweden (je 50)
Angebot u. Erreichbarkeit	175	146	131	Niederlande (175)

⁸⁰ IDF: International Diabetes Federation: DIABETES ATLAS, Sixth edition 2013. www.idf.org/diabetesatlas

⁸¹ IDF: International Diabetes Federation: www.idf.org/atlasmap/atlasmap

⁸² Garrofé BC, Björnberg A, Phang AY: Euro Diabetes Index – Report, Health Consumer Powerhouse Ltd., 2014. <http://www.healthpowerhouse.com/files/EDI-2014/EDI-2014-report.pdf>

Unterdisziplin	max. Score	Frankreich	BRD	Top Länder (Score)
v. Versorgungsangeboten				
Zugang zu Therapie und Versorgung	200	160	187	Luxemburg, Niederlande, Schweden, Schweiz (je 200)
Prozeduren	275	170	183	Schweden (275)
Ergebnisse	125	73	83	Schweden (115)
Punktzahl	1.000	736	733	Schweden (936)

Tab. 32: Internationaler Vergleich der Diabetesversorgung

Unter den Punkt „Prävention“ fallen Indikatoren wie z. B. Prävalenz von Übergewicht, Schulsport, Fahrradbenutzung, Soft Drink-Konsum, Obst- und Gemüsekonsum, Hypertonie-Prävalenz.

Zu den Indikatoren unter dem Begriff „Diabetesentdeckung“ („Case finding“) gehören das Vorhandensein eines Diabetesregisters sowie Screeningmaßnahmen auf Schwangerschaftsdiabetes.

Zur Subgruppe „Angebot und Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten“ gehören Podologie, Schuhversorgung, Augenuntersuchungen sowie Metforminverordnungen.

Der „Zugang zu Therapie und Versorgung“ wird anhand des Angebots von Schulungsprogrammen, der Versorgung mit Blutzuckerteststreifen (Typ 1- und Typ 2-Diabetes) sowie Insulinpumpen und kontinuierlichen Glukose-Monitoring-Systemen (CGM) bei Typ 1 Diabetikern gewertet.

Als „Prozeduren“ werden jährliche Augen- und Fußuntersuchungen, HbA1c-, Mikroalbuminurie- sowie Blutfettkontrollen abgefragt und gewertet.

Unter dem letzten Punkt „Ergebnisse“ („Outcome“) finden sich Angaben zu Nierenersatztherapie, Inzidenz von Amputationen an den unteren Extremitäten, Erblindungen und Anteil der Diabetiker mit HbA1c-Werten über 7 %.

10.2 Medikamentöse Diabetesbehandlung im Elsass und in Baden-Württemberg

Die folgenden Auswertungen basieren wieder auf den Verordnungsdaten des Service Médical bzw. der Abteilung Verordnungscontrolling.

Tabelle 33 zeigt zunächst eine Übersicht zur Anzahl der medikamentös behandelten Diabetiker.⁸³ Angaben zu rein diätetisch eingestellten Diabetikern liegen nicht vor.

⁸³ Versicherte der allgemeinen Krankenversicherung Frankreich bzw. GKV in Deutschland.

	Diabetiker (RP) im Elsass 			Diabetiker (RP) in Baden-Württemberg 		
	N	%	Kosten/RP	N	%	Kosten/RP
Nur Insulintherapie	8.992	10,5 %	589 EUR	109.574	18,6 %	584 EUR
Kombination aus oralen Antidiabetika bzw. GLP-1-Analoga und Insulin	12.114	14,1 %	947 EUR	98.901	16,8 %	760 EUR
Nur orale Antidiabetika bzw. GLP-1-Analoga	64.902	75,5 %	282 EUR	381.719	64,7 %	168 EUR
Insgesamt	86.008	100 %	408 EUR	590.193	100 %	344 EUR

Tab. 33: Anzahl und Jahrestherapiekosten: medikamentös behandelte Diabetiker

Der Anteil mit Insulin behandelter Diabetiker ist im Elsass deutlich geringer als in Baden-Württemberg: drei von vier Patienten im Elsass werden ausschließlich mit oralen Antidiabetika (OAD) bzw. GLP-1-Analoga therapiert. Eine Ursache könnte in der französischen Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit Typ 2 Diabetes liegen: diese sieht den Einsatz von Insulin erst als Mittel der dritten Wahl nach Versagen oraler Antidiabetika vor.⁸⁴

In der deutschen (nationalen) Versorgungsleitlinie zur Therapie des Typ 2 Diabetes (NVL) wird Insulin bei Metformin-Unverträglichkeit bereits in der First- bzw. bei Therapieversagen in der Second-Line (jeweils alternativ zu anderen oralen Antidiabetika) aufgeführt, wobei in der Praxis häufig zunächst die orale (Kombinations-) Therapie intensiviert wird. Auf den Dissens innerhalb der Fachgesellschaften (Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) vs. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)) über die Therapiealternativen bei Metformin-Unverträglichkeit bzw. unzureichender Wirksamkeit sei an dieser Stelle lediglich verwiesen.⁸⁵

Bei ausschließlicher Insulintherapie unterscheiden sich die jährlichen Kosten rechts und links des Rheins kaum voneinander (589 EUR vs. 584 EUR Kosten für Insulin(e) je RP in 2012).

Anders sieht es bei den Kosten für die Therapie oral eingestellter Diabetiker bzw. von solchen mit einer Kombinationstherapie aus: Bei Patienten, die ausschließlich OAD und/oder GLP-1-Analoga verwenden, liegen die Kosten im Elsass rund 67 % über jenen in Baden-Württemberg (282 EUR vs. 168 EUR je RP in 2012), bei Kombination von Insulin und OAD (einschl. GLP-1-Analoga) sind es immerhin noch rund 24 % Mehrkosten im Elsass (947 EUR vs. 760 EUR je RP in 2012).

⁸⁴ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf

⁸⁵ http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/NVL_Therapie_DM2_lang_Aug_13_geae_Nov_2014.pdf

10.2.1 Orale Antidiabetika und GLP-1-Analoga

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf Arzneimittel, die zur Behandlung bei Typ 2 Diabetikern zugelassen sind. Insuline werden an dieser Stelle nicht mehr betrachtet, da – zumindest bei alleiniger Insulintherapie – nicht zwischen einem Typ 1 und Typ 2 Diabetes unterschieden werden kann.

Im Jahr 2012 betragen die Bruttokosten für orale Antidiabetika (OAD) und Inkretinmimetika (Exenatid und Liraglutid) im Elsass rund 22,8 Mio. Euro, in Baden-Württemberg ca. 86,8 Mio. Euro. Da aufgrund der unterschiedlichen Größenverhältnisse der beiden Regionen die absoluten Zahlen nur geringe Aussagekraft haben, wird in der folgenden Darstellung die prozentuale Verteilung der DDD-Mengen bzw. Kosten auf die verschiedenen Wirkstoffgruppen dargestellt:

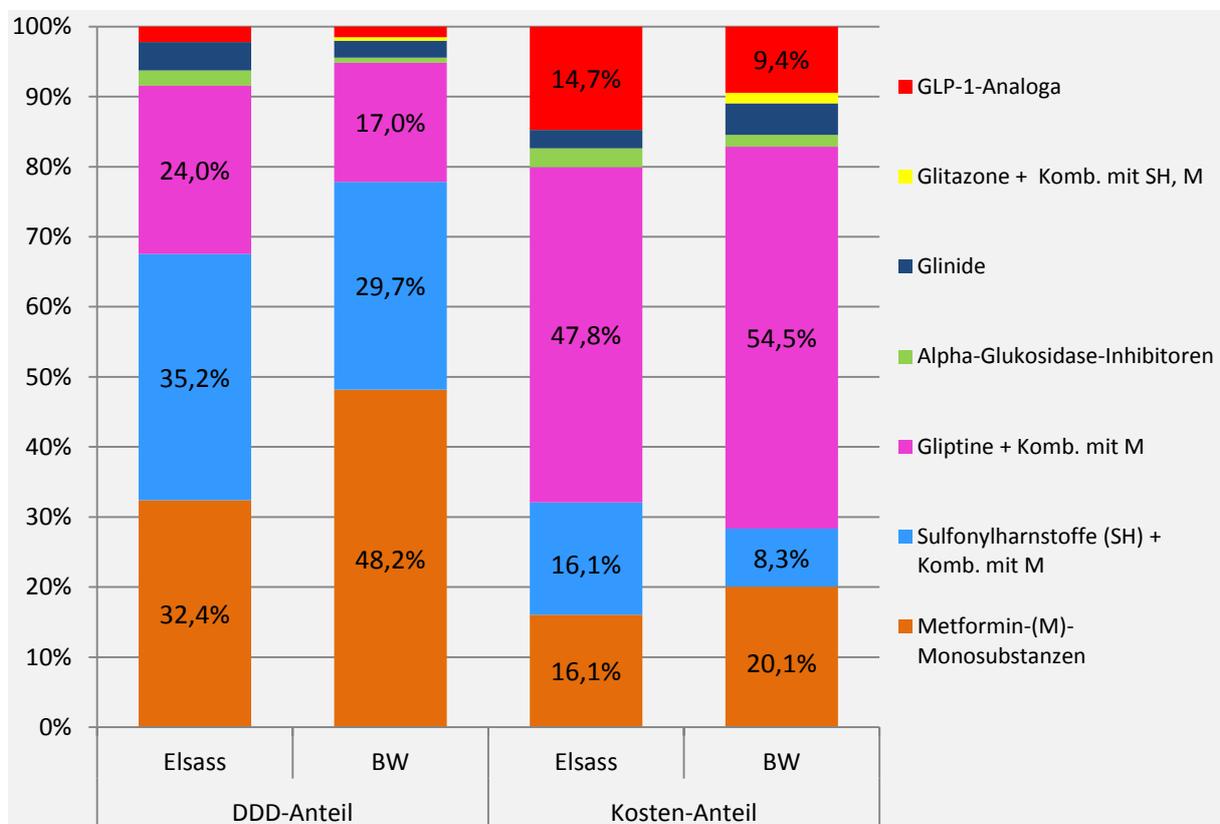


Abb. 20: DDD- und Kostenverteilung oraler Antidiabetika und GLP-1-Analoga

Übereinstimmend mit den Leitlinienempfehlungen dominieren sowohl in Baden-Württemberg als auch im Elsass mit über 58 % bzw. 49 % aller DDD **Metformin**-haltige Mono- oder Kombinationspräparate, gefolgt von Sulfonylharnstoffen und DPP-4-Hemmern (= Gliptine: Sitagliptin, Vildagliptin, Saxagliptin).

Der Verordnungsanteil der **Gliptine** (DPP-4-Hemmer) steigt seit deren Erstzulassung 2007 kontinuierlich an und ist im Elsass mit einem DDD-Anteil von 24 % (inkl. Kombinationen mit Metformin) noch höher als in Baden-Württemberg (17 %).

Dass bei geringerem DDD-Anteil die Ausgaben für Gliptine in Baden-Württemberg deutlich über jenen des Elsass liegen, hängt mit dem ausgeprägten Preisunterschied je DDD zusammen: Während in Baden-Württemberg die Kosten je DDD zwischen 1,91 und 2,08 EUR betragen, schlagen die DDD-Kosten im Elsass für Kombinationspräparate aus Metformin und einem DPP-4-Inhibitor lediglich mit rund 0,78 EUR zu Buche. Interessanterweise liegen im Elsass die DDD-Kosten der Monosubstanzen (ca. 1,48 bis 1,59 EUR/DDD) erheblich über jenen der Kombinationspräparate (s. Tabelle 34).

Alpha-Glukosidasehemmer (Acarbose, Miglitol) bzw. **Glinide** (Repaglinid, Nateglinid) haben in beiden Regionen einen untergeordneten Stellenwert in der Behandlung von Typ 2 Diabetikern, der Anteil der mit diesen Wirkstoffgruppen behandelten Patienten liegt im Elsass bei 6 % bzw. 7,5 %, in Baden-Württemberg bei 1,8 % bzw. 4,2 %. Nateglinid ist in Frankreich nicht verfügbar.

Die Verordnungseinschränkungen bzw. –ausschlüsse der **Glitazone** zeigen im Elsass noch deutlichere Wirkung als in Baden-Württemberg. Während linksrheinisch 2012 lediglich 4 Patienten mit Glitazonen (Pio- und Rosiglitazon) therapiert wurden, waren es in Baden-Württemberg noch knapp 3.000 Patienten, die (ausschließlich) Pioglitazon-Verordnungen erhielten.

GLP-1-Analoga weisen in beiden Regionen besonders hohe DDD-Kosten auf (Elsass: Exenatid: 3,08 EUR, Liraglutid: 3,66 EUR; Baden-Württemberg: Exenatid: 3,61 EUR, Liraglutid: 3,86 EUR). Im Elsass erhalten rund 4 % der mit OAD bzw. Inkretinmimetika behandelten Patienten einen dieser beiden Wirkstoffe, 15 % der Ausgaben für nicht-insulinhaltige Antidiabetika werden dafür verwendet (OAD + Inkretinmimetika). In Baden-Württemberg werden 2 % der medikamentös eingestellten Typ 2 Diabetiker mit GLP-1-Analoga therapiert (9 % Kostenanteil der OAD + Inkretinmimetika).

Dapagliflozin – erster Vertreter der SGLT-2-Hemmer – wurde erst Ende des Jahres 2012 in Deutschland auf den Markt gebracht (58 Rezeptpatienten in Baden-Württemberg), in Frankreich war 2012 kein Vertreter dieser neuen Wirkstoffklasse auf dem Markt, aus diesem Grund wurde auf die Ausweisung in den Abb. 20 sowie 22 verzichtet.

Während im Elsass rund 35 % aller DDD **Sulfonylharnstoffe** enthalten, sind dies in Baden-Württemberg knapp 30 % der DDD. Innerhalb der Sulfonylharnstoff-Gruppe differieren die bevorzugten Substanzen in beiden Regionen: Im Elsass wird mit Gliclazid (gefolgt von Glimepirid und Glibenclamid) der Wirkstoff eines französischen Herstellers (Servier) bevorzugt, der – verglichen mit Glibenclamid und v. a. Glimepirid – eine etwas kürzere Halbwertszeit hat und somit möglicherweise weniger protrahierte Hypoglykämien verursacht. Valide Daten hierzu fehlen jedoch. Auch die – in der Werbung betonte – Reduktion der Thrombozyten-Aggregation wurde bislang nicht wirklich belegt. In Baden-Württemberg spielt Gliclazid nur eine untergeordnete Rolle in der medikamentösen Versorgung von Typ 2-Diabetikern (262 Patienten in 2012).

Die DDD-Anteile von Glibenclamid und Glimepirid sind im Elsass nahezu identisch, in Baden-Württemberg werden rund 5,5-mal mehr Tagesdosen Glimepirid als Glibenclamid verordnet.

Carbutamid und Glipizid sind in Deutschland seit Jahren nicht mehr im Handel (im Elsass: Verordnungen für ca. 170 Patienten). Gliquidon ist in Frankreich nicht mehr auf dem Markt, in Baden-Württemberg spielt der Wirkstoff nur eine untergeordnete Rolle in der medikamentösen Versorgung von Typ 2-Diabetikern (Einsatz bei ca. acht von 1.000 Rezeptpatienten – vorwiegend Diabetiker mit nicht-terminaler Niereninsuffizienz).

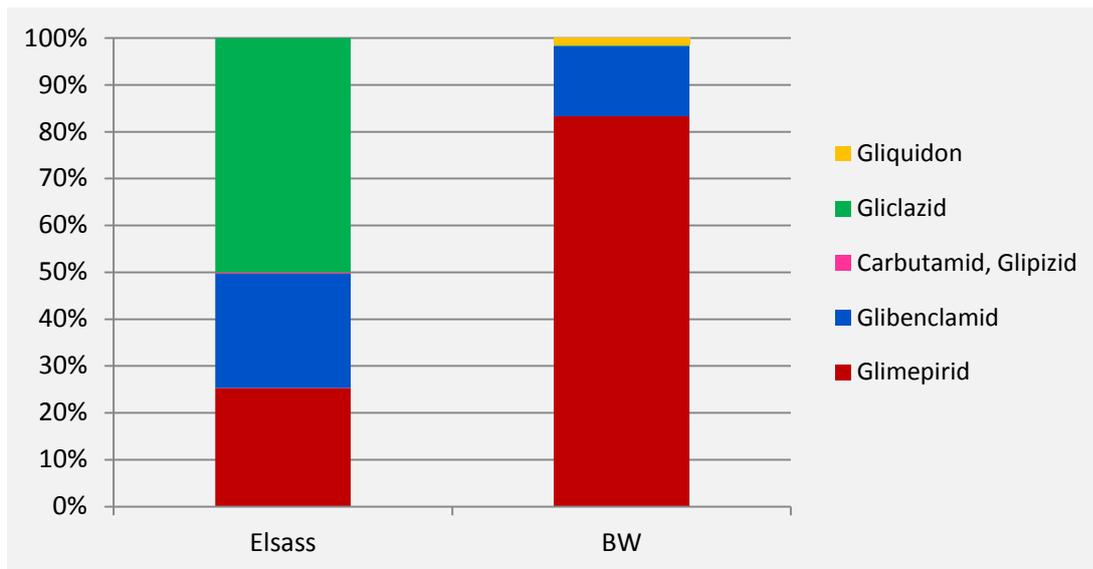


Abb. 21: DDD-Anteile innerhalb der Sulfonylharnstoff-Verordnungen

	 Elsass	 BW
Metformin	0,26 EUR/ST	0,25 EUR/ST
Alpha-Glukosidase-Inhibitoren	0,66 EUR/ST	1,40 EUR/ST
Sulfonylharnstoffe / Kombinationspräparate aus Sulfonylharnstoff und Metformin	0,24 EUR/ST	0,17 EUR/ST
Glinide	0,34 EUR/ST	1,14 EUR/ST
Glitazone / Kombinationspräparate aus Glitazon und Sulfonylharnstoff oder Metformin	1,39 EUR/ST	1,83 EUR/ST
Gliptine + Kombinationspräparate aus Gliptin und Metformin	1,06 EUR/ST	1,95 EUR/ST
Gliptin-Monopräparate	1,56 EUR/ST	1,97 EUR/ST
Gliptin-Metformin-Kombinationspräparate	0,78 EUR/ST	1,94 EUR/ST
GLP-1-Analoga	3,58 EUR/ST	3,77 EUR/ST

Tab. 34: Orale Antidiabetika und GLP-1-Analoga: Kosten je DDD

Während die DDD-Kosten der „alten“ Substanzen wie Metformin und Sulfonylharnstoffe annähernd identisch sind (im Elsass sogar etwas höher als in Baden-Württemberg), zeigt der vorstehende Vergleich, dass die übrigen Wirkstoffklassen im Elsass deutlich günstiger verfügbar sind als in Baden-Württemberg.

Garrofé et al. zeigen in einem internationalen Vergleich, dass – zumindest bei Metformin und Gliptinen – in Frankreich größere DDD-Mengen je Rezeptpatient verordnet werden als in Deutschland. Diese Aussage lässt sich auch auf regionaler Ebene bestätigen und auf weitere Antidiabetika ausweiten:⁸⁶

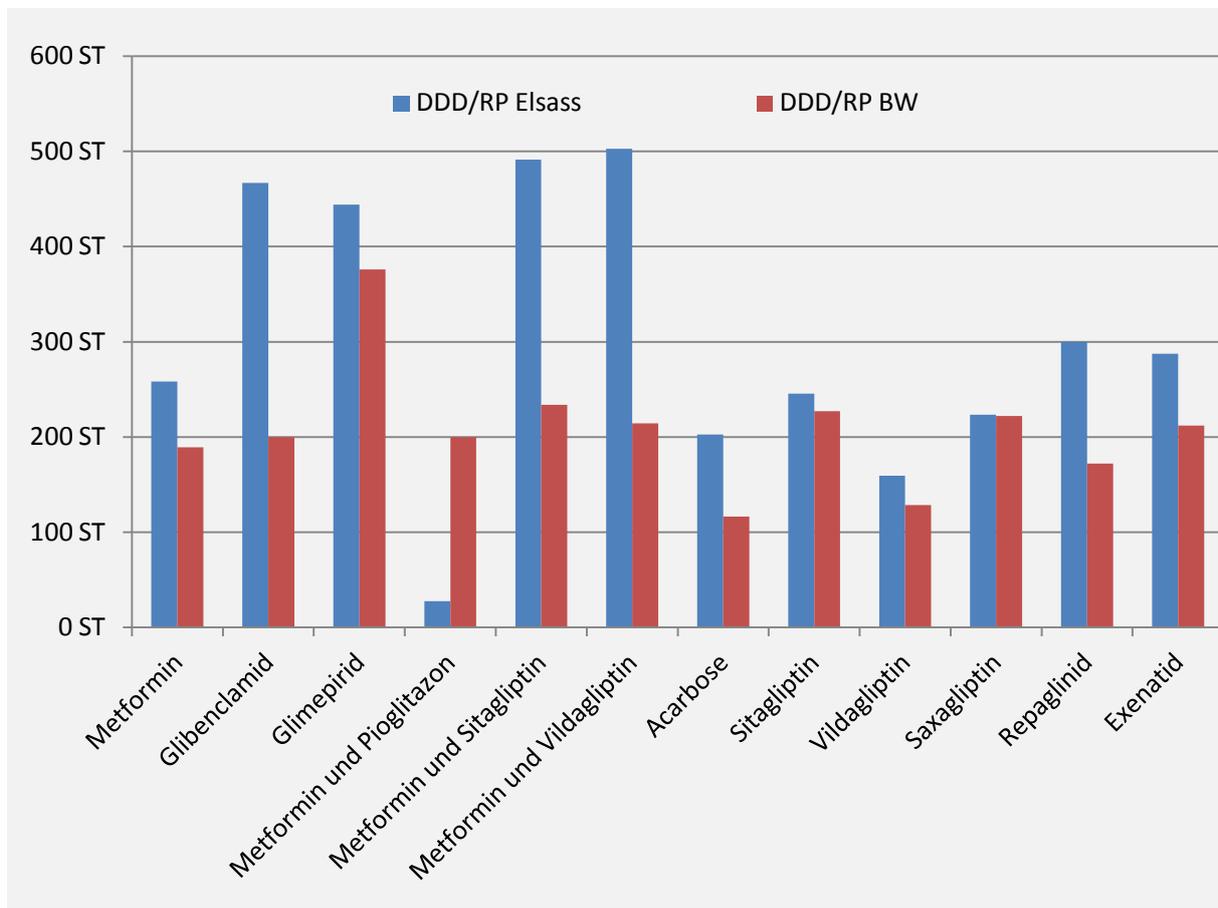


Abb. 22: Top OAD und GLP-1-Analoga: DDD-Mengen je Rezeptpatient und Jahr

10.3 Zusammenfassung: Medikamentöse Therapie bei nicht-insulinpflichtigem Typ 2 Diabetes mellitus

Auf den ersten Blick scheint die medikamentöse Versorgung nicht-insulinpflichtiger Typ 2-Diabetiker im Elsass und Baden-Württemberg relativ ähnlich abzulaufen. Bei differenzierter Betrachtung fallen jedoch Unterschiede auf, die zumindest teilweise auch auf die jeweiligen nationalen Versorgungsleitlinien zurückzuführen sind:

Übereinstimmend wird in beiden Ländern Metformin als Mittel der ersten Wahl bei Typ 2 Diabetes empfohlen. In der Second-Line jedoch – bei Indikation zur Therapieausweitung – wird in Frankreich klar die Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoffpräparat genannt. In Deutschland besteht bei Metforminunverträglichkeit, -kontraindikationen bzw. unzureichender Zielwerterrei-

⁸⁶ Garrofé BC, Björnberg A, Phang AY: Euro Diabetes Index – Report, Health Consumer Powerhouse Ltd., 2014. <http://www.healthpowerhouse.com/files/EDI-2014/EDI-2014-report.pdf>

chung Uneinigkeit innerhalb der verschiedenen Fachgesellschaften: Während die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) anhand der Studienlage eine klare Gewichtung zugunsten von Insulin bzw. Glibenclamid vornehmen, wird von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) bzw. Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) keine eindeutige Empfehlung zugunsten einer bestimmten Wirkstoffklasse ausgesprochen.

Der relativ hohe Anteil an Sulfonylharnstoff-Verordnungen im Elsass (35 % aller DDD von OAD bzw. GLP-1-Analoga) spiegelt die dort gängigen nationalen Therapieempfehlungen wider.

Auch die Auswahl der Sulfonylharnstoffe unterscheidet sich in den beiden Regionen – möglicherweise spielen hier eher traditionelle als medizinische Aspekte eine Rolle.

Erneut zeigt sich, dass die DDD-Kosten im Elsass geringer sind als in Baden-Württemberg, dies betrifft auch neuere Substanzen, deren Zulassung in Deutschland noch vor Einführung der frühen Nutzenbewertung erfolgt ist.

Die Verordnungsmengen je Rezeptpatient wiederum liegen im Elsass in der Regel deutlich über jenen in Baden-Württemberg.

MDK Baden-Württemberg
Ahornweg 2
77933 Lahr

Telefon 07821 938-0
info@mdkbw.de
www.mdkbw.de

ISBN 978-3-00-050604-8

