

3 Allgemeine Entwicklungen in der PKV

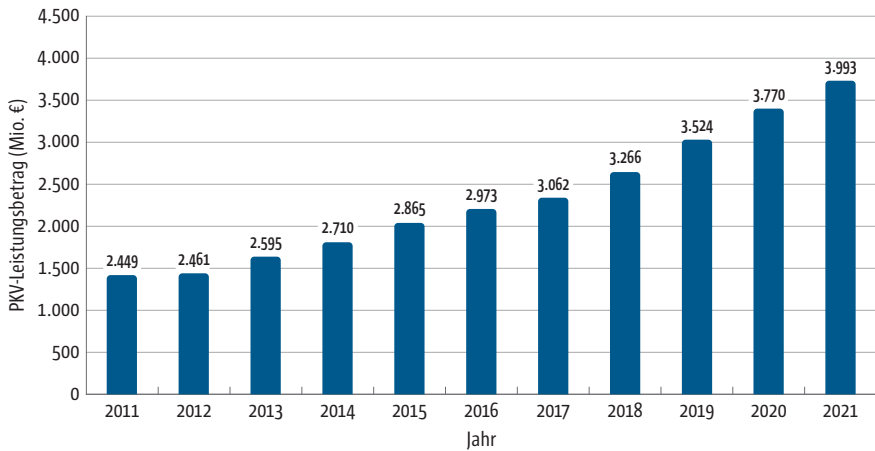


Abb. 3 Arzneimittelbezogene Leistungsbeträge in der PKV.
Quelle: PKV-Zahlenportal

ligen Vorjahr lassen sich die Entwicklungen der Leistungsausgaben noch deutlicher beschreiben.

Die Veränderungen der arzneimittelbezogenen Leistungsausgaben zum jeweiligen Vorjahr im ambulanten Setting zeigen Ausgabensprünge von 5,4% im Jahr 2012/2013 und 6,7% im Jahr 2017/2018 (s. Abb. 4). Die damit verbundenen Niveaushiftungen bedeuteten aber nicht das Ende der Steigerungen. Das Ausgabenwachstum zwischen den Jahren 2018 und 2019 übertraf mit einer Steigerung von 7,9% die bis dahin historischen Rekorde. Erst mit der Pandemie verlangsamte sich das Ausgabenwachstum mit 7,0% (2019/2020) und 5,9% (2020/2021).

In die betreffenden Zeiträume fiel eine ganze Reihe von regulatorischen Ereignissen, die sich gegenseitig beeinflussten. Die wichtigste Änderung dürfte die Einführung des Arzneimittel-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 darstellen, da dieses für Arzneimittel einen neuen Rahmen der Nutzenbewertung und Preisfindung setzte. Die Effekte der AMNOG-Regelungen können durchaus die z.T. starken Veränderungen der PKV-Leistungsausgaben erklären, wenn auch andere Faktoren, wie gestiegener Medikationsbedarf, Anzahl der neuen Medikamente und Höhe des jeweiligen Zusatznutzens, Größe der Zielpopulation, Anzahl der „orphan drugs“ oder auch Verschiebungen des Versorgungssettings (ambulant, stationär) mitbedacht werden müssen.

In diesem Zusammenhang sei auf die damalige Debatte der Preisentwicklungen neuer Medikamente, wie Sovaldi, ein hochpotentes Arzneimittel zur Behandlung von Hepatitis C, und der damit angestoßenen „Mondpreis-Diskussion“, u.a. bei Onkologika, verwiesen [45]. Dabei spielte das sogenannte „Mischpreis-Urteil“ eine größere Rolle, denn im Rahmen des AMNOG-Verfahrens kann die Bewertung eines Arzneimittels durchaus unterschiedlich starke

3.1 Entwicklung der Arzneimittelausgaben

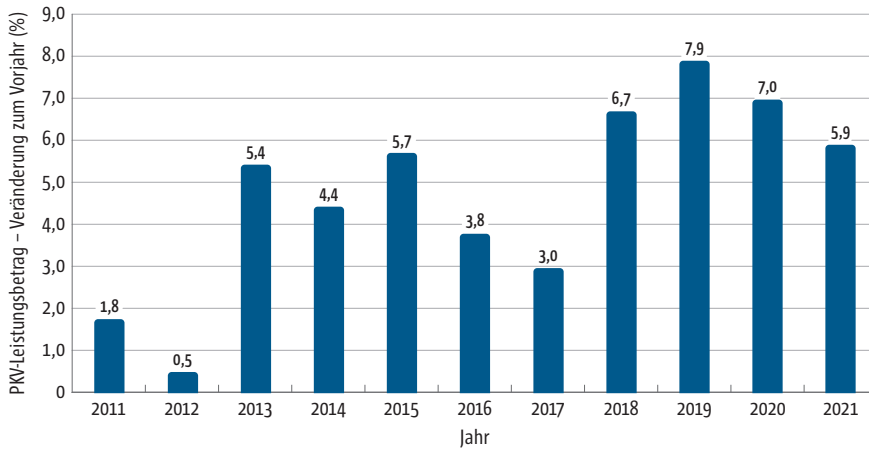


Abb. 4 Veränderungen der arzneimittelbezogenen Leistungsbeträge im Vorjahresvergleich (1-Jahr-Intervall).

Quelle: PKV-Zahlenportal

Effekte bei unterschiedlichen Indikationen bzw. Erkrankungen zeigen [46]. Die unterschiedlichen Effektstärken sollten sich daher auch differenziert in den Preisen niederschlagen: hohe Preise für Indikationen mit hoher Wirkung und hohem Zusatznutzen, niedrige Preise für Indikationen mit niedrigerer Wirkung bzw. keinem Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Standardtherapie. Das wiederum hätte je Arzneimittel eine Vielzahl von Preisen bedeutet, mit denen Ärzte, Apotheker, Krankenkassen und -versicherungen sowie Versicherte den Alltag hätten bestreiten müssen. Letztlich hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 4. Juli 2018 entschieden, Mischpreise und die bestehende Praxis der Mischkalkulation zu billigen [47].

Ohne dieses Mischpreis-Urteil hätte es vermutlich eine Vielzahl von Abgabe- und Erstattungspreisen in unterschiedlichen Indikationen gegeben. Aus Sicht der Hersteller wäre es dann rational gewesen, die entgangenen Umsätze (anderer Indikationen) mit Zuschlägen auf Arzneimittel zu bedenken, die bei einigen wenigen und sorgfältig ausgewählten Indikationen sauber messbare Effekte mit einem hohem Zusatznutzen erzielen. Im Zuge der schrittweisen Indikationserweiterung hätte dies dann weitere Preis- und Ausgabensteigerungen bedeutet. Vor diesem Hintergrund kann es sich, neben den vielen anderen bereits genannten möglichen Ursachen, durchaus um eine vorweggenommene Antizipation der (dann später ausgeräumten) Rechtslage handeln.

Die dann später fallenden, prozentualen Zuwächse von 7,0% (2020) und 5,9% (2021) der arzneimittelbezogenen Leistungsausgaben fallen etwas geringer aus, sind aber im Vergleich zu den Ausgabenentwicklungen anderer Leistungssektoren immer noch überproportional. Zeitverzögerte Effekte der Einreichung und eine Verschiebung des Versorgungssettings, weg vom stationären

3 Allgemeine Entwicklungen in der PKV

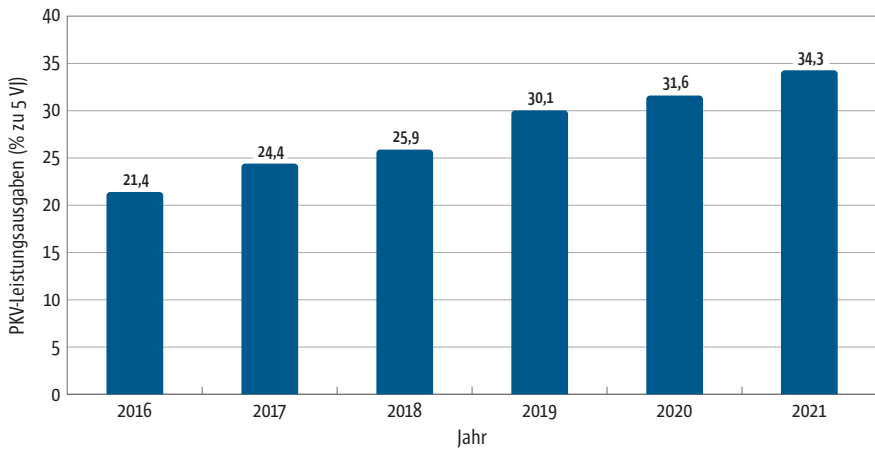


Abb. 5 Veränderungen von PKV-Leistungsbeträgen im Vorjahresvergleich (5-Vorjahre-Zeitintervall).

Quelle: PKV-Zahlenportal

Leistungsbereich und hin zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dürften noch zu den überzeugendsten Erklärungen gehören. Allerdings sind die Leistungsausgaben während der Jahre 2020 und 2021 von den saisonalen Einflüssen der Pandemie gekennzeichnet. Diese können keine Auskunft über den langfristigen Verlauf der Leistungsausgaben geben. Daher ist die Statistik mit den 5-Vorjahresvergleichen hilfreich, um die Tendenzen zu erkennen.

Diese 5-Vorjahres-Veränderungen (s. Abb. 5) zeigen einen eindeutigen Trend. Während bis 2018 die Leistungsausgaben innerhalb eines 5-Jahreszeitintervalls um bis zu einem Viertel wuchsen, ist diese Quote um nahezu ein Drittel gestiegen. Neben den bereits diskutierten Ursachen (s.o.) ist hier sicher noch die Versichertenpräferenz zu nennen. Gemeinsam mit dem Arzt (shared decision making) ist es möglich, die am besten geeignete pharmakologische Therapie auszuwählen. Dass dabei dann neuere und innovative Medikamente als Mittel der Wahl angesehen werden, hat auch mit den Darreichungsformen oder der besseren Verträglichkeit bzw. dem Nebenwirkungsprofil einer Innovation zu tun. Zudem dürfen auch ehemals patentgeschützte Medikamente bei guter Verträglichkeit weiter genutzt werden, ohne den Versicherten zu einem anderen (günstigeren) Wirkstoff zu zwingen. Dies ist ein zentrales Kennzeichen der privaten Krankenversicherung. Die Freiwilligkeit und Entscheidungssouveränität des Privatversicherten bleibt bei der Frage der Arzneimittelwahl unberührt.

Abschließend sei nicht unerwähnt, dass die Kurve der tatsächlichen Leistungsausgaben überschätzt ist. Die gesetzlich vereinbarten Rabatte, die auch für die PKV gelten, sind in den bisher genannten Beträgen noch enthalten. Diese können PKV-Unternehmen seit 2011 als gesetzlichen Herstellerrabatt bei den Phar-

3.2 Entwicklung der Verordnungen

maunternehmen einfordern. Die PKV-Leistungsausgaben reduzierten sich um 126,1 Mio. Euro (2019), 126,5 Mio. Euro (2020) und 120,7 Mio. Euro (2021). Werden hierzu noch die Einsparungen bei den Beihilfeträgern hinzugerechnet, ergibt sich ein Gesamtbetrag von 221,0 Mio. Euro (2019), 217,6 Mio. Euro (2020) und 206,1 Mio. Euro (2021). Die Entwicklung der Sparsummen geht allein auf die verbrauchsabhängige Berechnung der Rabatte zurück. Versicherungsspezifische Rabattverträge der einzelnen Krankenversicherungen mit pharmazeutischen Herstellern, wenn es sie dann im nennenswerten Umfang gibt, sind nicht berücksichtigt. Sie können aus methodischen und wettbewerbsrechtlichen Gründen nicht mit in die Betrachtungen einbezogen werden.

Der gesetzliche Herstellerrabatt für Privatversicherte wird von der Zentralen Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten (ZESAR) bei den Pharmaunternehmen eingefordert. Je nach Tarif (Normaltarif oder Beihilfetarif) wird dieser Rabatt dann von ZESAR an das jeweilige PKV-Unternehmen bzw. die Beihilfestelle ausgezahlt. Für Arzneimittelrechnungen, die der Privatversicherte nicht zur Kostenerstattung einreicht, wird kein Herstellerrabatt fällig. Bei der Berechnung der Höhe des gesetzlichen Herstellerrabattes wurde unterstellt, dass alle Pharmaunternehmen ihrer Zahlungsverpflichtung gegenüber der zentralen Einzugsstelle der PKV ZESAR auch nachkommen. Der gesetzliche Herstellerrabatt auf Medikamente in Zubereitungen können weder die Krankenversicherungen einfordern noch mit den WIP-Daten ermittelt werden.

3.2 Entwicklung der Verordnungen

Die PKV-Leistungsausgaben hängen maßgeblich vom Bedarf, der Inanspruchnahme *und* dem Einreichungsverhalten der Privatversicherten ab. Sämtliche nicht-monetäre Rechengrößen sind jedoch in den offiziellen Datenquellen, wie dem PKV-Zahlenportal oder der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), nicht verfügbar. Es bedarf der WIP-Arzneimitteldatenbank, die von den PKV-Projektteilnehmern gespeist wird. Die Verwendung dieser Daten bedeutet, auch den Standpunkt zu verändern und die Sichtweise zu verbreitern. Die PKV-zentrierte Sicht öffnet sich für den Standpunkt der PKV-Versicherten. Damit einhergehend verändert sich die berichtete Kennzahl, d. h. an die Stelle des PKV-Leistungsbetrags tritt der Rechnungsbetrag, den der Privatversicherte vorläufig und vor Verrechnung mit PKV und ggf. Beihilfe trägt. Diese Datenquelle bildet die Grundlage aller folgenden Analysen.

Mit diesem Perspektivenwechsel können auf Basis der durchschnittlichen Packungspreise und der durchschnittlichen Tagesdosis der Erhaltungstherapie (defined daily dose, DDD) die Mengenkomponten im Rahmen einer gebundenen Hochrechnung geschätzt werden. Beide Kennzahlen haben ihre Berechtigung, da zum Beispiel nur Packungen bezahlt werden (im Gegensatz zu

3 Allgemeine Entwicklungen in der PKV

DDD). Allerdings sind Packungen verschieden groß und enthalten unterschiedliche Wirkstoffmengen, sodass die Packungsperspektive eine verzerrte Sicht auf den Bedarf und Verbrauch geben kann. Die DDD-Kennzahl kann dieses Defizit aufheben, auch wenn die Berechnungsalgorithmen („Mapping“) auf PZN-Ebene nicht alle Substanzen und Darreichungsformen einschließen [48]. Die hier verwendeten „Übersetzungen“ von PZN-basierten Packungsangaben in DDD stammen von IQVIA und erfahren eine laufende Aktualisierung.

Doch zunächst die Packungssicht in Abbildung 6. In der Gesamtschau zeigen sich regellos schwankende Verordnungszahlen. In den Jahren 2011 bis 2013 liefert der wachsende Packungsbedarf von 92,0 Mio. auf 96,8 Mio. Packungen eine weitere Erklärung für den zuvor skizzierten Anstieg der Leistungsausgaben. In den Jahren 2017 bis 2018 ist ebenfalls ein solcher Anstieg der Packungszahlen von 93,2 Mio. auf 95,8 Mio. zu erkennen. Im weiteren Verlauf nach 2018 aber ist ein sinkender Bedarf an Packungen zu erkennen, der sich im Jahr 2021 mit bislang 89,1 Mio. Packung eingestellt hat.

Die seit 2019 verfügbare Kennzahl der DDDs verdeutlicht, dass es insgesamt zu weniger eingereichten Verordnungsmengen kam. Diese Beobachtung schließt aus, dass an die Stelle vieler kleiner Packungen mit geringen Wirkstoffmengen mehr große Packungen mit hoher Wirkstoffstärke traten. Insofern ist die tatsächlich eingereichte und abgerechnete Arzneimittelmenge im Laufe der Pandemie gesunken. Diese Tendenz ist aus Sicht der DDD etwas verzerrt und überschätzt, da die mit Zubereitungen/Rezepturen abgegebenen

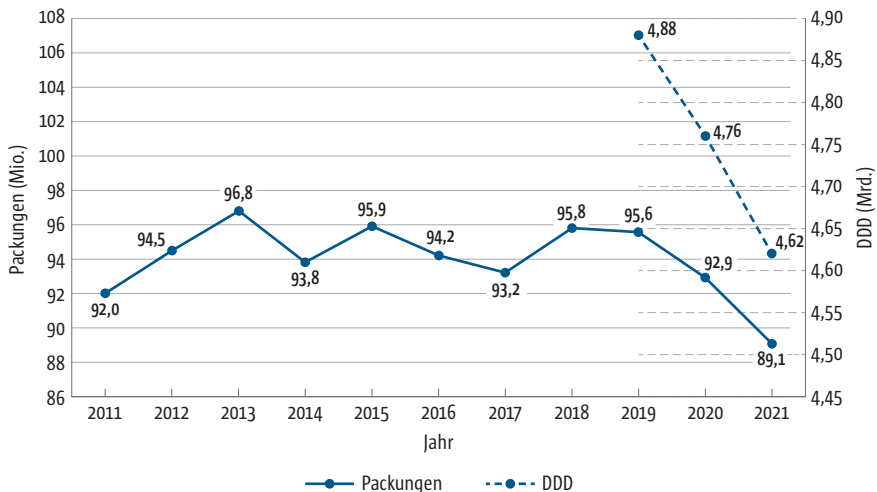


Abb. 6 Entwicklung der PKV-Packungen und durchschnittliche Tagesdosen (DDD).
Legende: Alle Arzneimittel und Nicht-Arzneimittel, Datenbankstand vom 31.01.2023, Kopfschäden vom 06.02.2023, ohne Zubereitungen.
Quelle: WIP

3.2 Entwicklung der Verordnungen

Mengen aufgrund fehlender Datengrundlagen nicht in DDD-Einheiten „übersetzt“ werden können.

Unterjähriger „Corona-Impact“

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Rolle die Corona-Pandemie spielte und welche Marktsegmente besonders davon betroffen waren. Die Abbildung 7 kann eine erste Einschätzung über den „Pandemie-Impact“ abgeben.

Die Abbildung 7 zeigt die Anzahl der bezogenen Packungen (Ordinate) in Abhängigkeit der jeweiligen Kalenderwoche für das prä-pandemische Jahr 2019 (blaue Linie) und das erste Pandemiejahr. Die Zahlen beziehen sich auf den PKV-Index vor Hochrechnung. Im Mittelpunkt stehen die Verläufe der zur Abrechnung eingereichten Verordnungen, die hier die Inanspruchnahme reflektiert. Das Referenzjahr 2019 zeigt einen „normalen“ Verlauf der Inanspruchnahme, der zur Jahresmitte etwas geringer ausfällt und zum Jahreswechsel hin eine ansteigende Kurve aufweist. Das Pandemiejahr 2020 weicht von diesem Muster ab. Zu erkennen ist der Anstieg zu Beginn des Jahres, der ab Kalenderwoche 6 stark ansteigt. In dieser Zeit traf nicht nur die erste Corona-Welle auf Deutschland, sondern es wurden ebenfalls die ersten Sorgen zu Lieferkettenproblemen und Arzneimittelengpässen öffentlich geäußert. Die daraufhin einsetzenden „Hamsterkäufe“, bei u. a. chronischen Erkrankten, sind aus dieser Sicht erkennbar und in Anbetracht der damaligen Ungewissheit

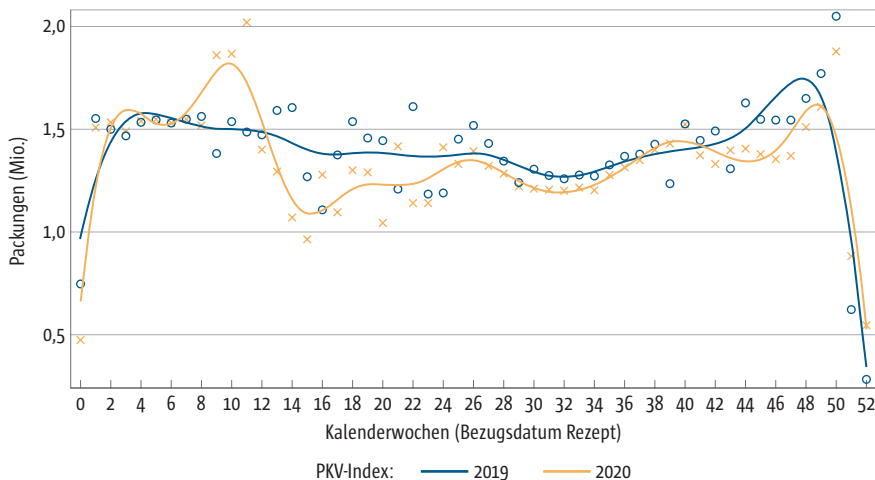


Abb. 7 Entwicklung der PKV-Packungen nach Kalenderwochen.
 Legende: Penalized B-spline-Regressionskurve, ohne Zubereitungen, nach Bezugsdatum mehrerer Einreichungsjahre, nicht auf PKV-gesamt hochgerechnet, Datenbankstand vom 31.01.2023.
 Quelle: WIP

rational. Davon zu unterscheiden ist der Bevorratungseffekt von entzündungshemmenden Wirkstoffen wie Paracetamol oder Ibuprofen, mit denen sich die Versicherten eindeckten und für Ausverkäufe bzw. Lieferprobleme sorgten [49-53]. Diese und andere Bevorratungen führten in der Folge zu einem massiven Rückgang ab der Kalenderwoche 10, ungefähr dem Zeitpunkt, an dem die höchste Sterblichkeit der ersten Corona-Welle in Deutschland zu registrieren war [54-56]. Aus der Differenz der Verordnungskurven von 2019 und 2020 werden die Unterschiede und Muster etwas deutlicher (s. Abb. 8).

Der zunächst überproportionale Bedarf zwischen den Kalenderwochen 3 bis 12 im Jahr 2020 wird abgelöst von einer unterproportionalen Bezugsphase von Arzneimitteln. Diese Phase dauert bis ca. Ende des 3. Quartals des Jahres 2020 an. Die ergriffenen Schutzmaßnahmen haben sowohl das SARS-CoV-2-Virus als auch andere Erreger und Bakterien getroffen [56]. Die Differenzen in den Nachfragekurven ab KW 40 ist auffällig und zeigt den niedrigeren Bedarf in dieser Phase der Pandemie. Gegen Ende des Jahres, ca. ab KW 50, ist dann die Nachfrage im Jahr 2019 größer als im ersten Pandemiejahr. Ein genauerer Blick auf die Verläufe zeigt, dass es sich nur um marginale Unterschiede handelt.

Die Kurvenverläufe sind mit etwas zeitlicher Verzögerung gut den Infektionsphasen und Maßnahmen zuzuordnen. Der erste „Lockdown“ begann am 22. März 2020 und endete am 4. Mai 2020. Ab dem 4. Mai öffneten die ersten Kitas und Schulen wieder und die erste Corona-Welle dauerte ungefähr bis zur ersten Jahreshälfte 2020 an. Es folgten erste Lockerungen der Maßnahmen bis in den Herbst, der zu einem ersten „Lockdown light“ (02.11.2020) führte und

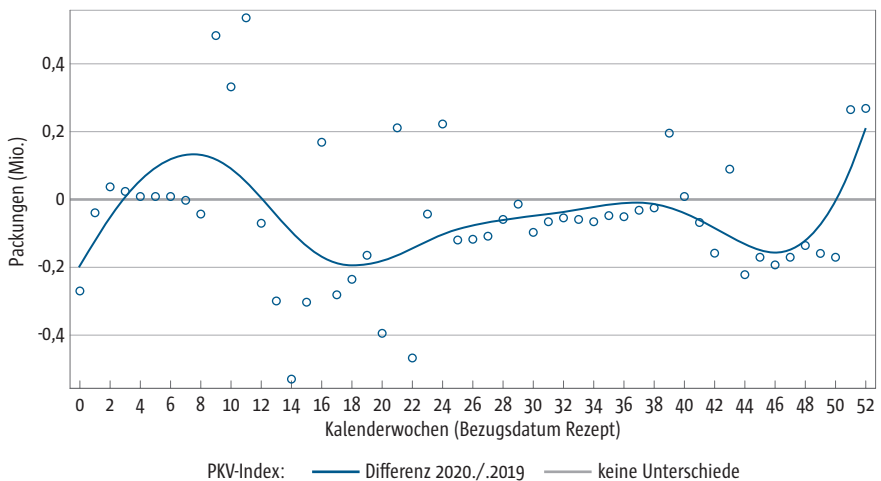


Abb. 8 Unterschiede der PKV-Verordnungen nach Kalenderwochen.
 Legende: Penalized B-spline-Regressionskurve, Fertigarzneimittel ohne Zubereitungen, nach Bezugsdatum mehrerer Einreichungsjahre, nicht auf PKV-gesamt hochgerechnet, Datenbankstand vom 31.01.2023.
 Quelle: WIP