

rate Einsparungen von mindestens 50% ermöglichen. Erhebliche Reserven bergen Wirkstoffe, die noch nicht lange patentfrei sind wie Captopril (LOPIRIN, TENSOBON; a-t 2 [1995], 10; 2 [1996], 20) und Ranitidin (SOSTRIL, ZANTIC; a-t 8 [1995], 82). Allein für diese beiden lassen sich, ohne auch nur eine Tablette weniger zu verordnen, 460 Millionen DM freistellen, bei zehn der in der Tabelle genannten Originalpräparate insgesamt knapp eine Milliarde DM. Bis zu fünf Milliarden DM sollen zur Disposition stehen, wenn konsequent Nachfolgepräparate verordnet werden,² ganz im Sinne der Anbieter: „Budgetüberschreitungen?! ... Nicht auf Verordnungen verzichten, sondern auf ratiopharm umschichten!“⁴ „Low Budget statt No Budget“⁵ (Merck generika). Wer Präparate eines preiswerten Herstellers des Vertrauens wählt, drückt die Kostenspirale nach unten, auch wenn es nicht immer auf den Pfennig genau das billigste Mittel ist.

Bisweilen versuchen Markenhersteller, Nachfolgepräparate auf Hochpreisniveau zu etablieren, so etwa die Hoechst AG das Ibuprofen-Präparat TABALON (Einführungswerbung 1988: „Weltweite Erfahrung in die Hand des Arztes“⁶). Mit hohen Forschungsaufwendungen oder besonderer Qualität des Präparates dürfte sich der Spitzenpreis für das bereits 1971 als BRUFEN eingeführte nicht-steroidale Antirheumatikum wohl kaum rechtfertigen lassen. **Arzneiqualität** läßt sich weder über den Preis noch über das Renommée einer Firma definieren. In Reihenuntersuchungen unabhängiger Institute bleiben alle kürzlich geprüften Präparate z.B. mit Captopril (a-t 8 [1996], 77) und Tamoxifen (a-t 9 [1996], 88) trotz erheblicher Kostenunterschiede unbeanstandet. Zum Teil haben sogar Großkonzerne selbst mit Basisarzneimitteln Probleme: Von 13 geprüften ASPIRIN-Chargen erfüllen vier in In-vitro-Freisetzungstudien nicht die Vorgaben, während die Chargenkonformität den meisten Herstellern preiswerter ASS-Präparate (z.B. Pharmafrid, Ratiopharm) keine Probleme bereitet (a-t 7 [1989], 67). Derzeit zieht Bayer eine Charge ASPIRIN 100 zurück, weil die Bruchfestigkeit nicht gewährleistet ist.⁷

Beharrt ein Originalanbieter trotz des nachdrängenden Wettbewerbs auf dem Hochpreisniveau, kann dies für das Arzneimittel den Sturz in die Bedeutungslosigkeit heißen. Für die einstigen Marktführer UROSIN 300 (Allopurinol), VALIUM (Diazepam) und VIBRAMYCIN N (Doxycyclin) muß der Patient in der Apotheke kräftig zuzahlen: 72,51 DM bei 100 Tabletten UROSIN 300, 28,84 DM bei 50 Tabletten VALIUM 10 sowie 48,99 DM bei 20 Kapseln VIBRAMYCIN N. Diese Präparate finden sich heute nicht mehr unter den 2.000 meistverordneten Arzneimitteln. Mit ALLOHEXAL, LAMRA beziehungsweise DOXYCYCLIN BASICS lassen sich die Aufwendungen um bis zu 84% verringern.

Die flexiblere, jedoch halbherzige Preispolitik von Glaxo Wellcome/Cascan, die bei Ablauf des Ranitidinpatents die Preise von ZANTIC/SOSTRIL auf 30% unter Festbetrag senkten, wird den drastischen Rückgang der Verordnungen dieser Originale nicht verhindern können. Schließlich kosten sie immer noch bis zum Vierfachen mehr als preiswertere Nachfolgepräparate.

Einige Medikamente, wie das Diazepam-Präparat LAMRA, sind so billig, daß es sich nicht lohnen würde, hierfür ein Rezept auszustellen – wären sie nicht verschreibungspflichtig. Der Patient bezahlt über die **Selbstbeteiligung** (Ausnahmen: Kinder, Sozialhilfeempfänger u.a.) bereits den vollen Betrag in der Apotheke. Für einige preiswerte rezeptfreie Arzneimittel wie niedrigdosierte Azetylsalizylsäure zur Myokardinfarktprophylaxe (z.B. CC COR, GODAMED 100), Analgetika wie Azetylsalizylsäure (z.B. ASS-OPT) und Paracetamol (z.B. DOROCOFF PARACETAMOL, FENSUM 500) oder Antihypotonika mit Etilefrin (z.B. ETIL 5 VON CT, ETILEFRIN AL 5) erübrigt sich ein Rezept, da auch hier die Kassen keinen Pfennig dazutun.

Sollten künftig Zuzahlungen durchgesetzt werden, die von Krankenkasse, Indikation und Stoffgruppe abhängen, berechnet der Verband Aktiver Pharmaunternehmen (VAP), der Generikahersteller vertritt, daß die Patienten über ein Viertel der bisher teilweise erstatteten N1-Packungen und ein Achtel der N2-Packungen vollständig selbst bezahlen müssen.⁸

Für umstrittene und überholte Arzneimittel gibt die GKV jährlich rund 7 Milliarden DM aus. Solche Medikamente sind im Arzneimittelkursbuch '96/97 mit roter Signalfarbe unterlegt. Beispiele für Indikationsgruppen und einzelne Präparate finden Sie in Tabelle 2. Solche Produkte lassen sich oft ersatzlos streichen, wenn etwa im Rahmen strukturierter Therapieprogramme nichtmedikamentöse Möglichkeiten für Diabetiker ausgeschöpft werden und auf Behandlungsversuche mit zweifelhaft wirkenden Neuropathiepräparaten wie Liponsäure (THIOCTACID; a-t 3 [1994], 26; siehe Seite 113) verzichtet wird. Bei Demenz bringen eine symptomatische Arzneitherapie von Verhaltensstörungen wie Unruhe und Depression sowie konsequente Milieuthérapie zur Verhinderung von Unter- und Überforderungen mehr Erfolg als Nootropika und Mittel, die die Durchblutung des Gehirns fördern sollen.⁹

FAZIT: Rund 9 Milliarden DM stehen zur Disposition, wenn Generika konsequent Originalpräparate verdrängen und auf die Verordnung umstrittener Arzneimittel verzichtet wird. So lassen sich Freiräume schaffen für eine sinnvolle Ausschöpfung des Arzneimittelbudgets, beispielsweise auch für die Verordnung relativ teurer echter Innovationen, die einen Fortschritt in der Therapie bedeuten wie die in den letzten Jahren eingeführten Reserve-Antiepileptika (a-t 8 [1993], 78; 5 [1995], 51), potente antiretrovirale Medikamente zur AIDS-Therapie (a-t 6 [1996], 58) oder neuere Regime zur Eradikation von H. pylori (a-t 1 [1996], 13).

- 1 SCHWABE, U. in SCHWABE, U., D. PAFFRATH (Hrsg.): „Arzneiverordnungsreport '96“, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1996, S. 12
- 2 VITT, K. D. et al.: *Gesundh.-Wes.* **57** (1995), 171
- 3 *Pharm. Ztg.* **140** (1995), 1992
- 4 Ratiopharm-Werbung: *Ärzte Ztg.* vom 28. Okt. 1996
- 5 Merck-generika-Werbung: *Ärzte Ztg.* vom 30. Okt. 1996
- 6 TABALON-Werbung: *Dtsch. med. Wschr.* **113**: 20 (1988), 16
- 7 *Pharm. Ztg.* **141** (1996), 4110
- 8 VAP: *Zit. nach Ärzte Ztg.* vom 30. Okt. 1996
- 9 SCHÖNHÖFER, P. S., G. FÜLGRAFF in FÜLGRAFF/PALM: „Pharmakotherapie – klinische Pharmakologie“, Fischer, Stuttgart, 9. Aufl. 1995, Seite 123

Tabelle 2: Beispiele für umstrittene Arzneimittel(gruppen) und ihre Kosten (nach¹)

Wirkstoff(gruppe)	Handelsname (Beispiele)	Umsatz/Jahr* (Mio DM)	siehe AKB** Seite
Durchblutungsförderer		1043	591
Ginkgo	TEBONIN	425	598
Xanthinderivate	TRENTAL	202	602
Naftidrofuryl	DUSODRIL	139	600
Mutterkornalkaloide	HYDERGIN	48	596
Expektorantien		929	1753
Azetylzystein	ACC HEXAL	392	1755
Ambroxol	MUCOSOLVAN	150	1753
Neuropathiepräparate		290	
Liponsäure	THIOCTACID	129	1354
Rheuma-Externa		469	1289
Diclofenac	VOLTAREN EMULGEL	150	1296
Salizylate	MOBILAT	121	1299
Venenmittel		500	640
Roßkastaniensamenextrakt (per os)	VENOSTASIN	112	641
Heparin-Externa	VETREN	96	629

* Angabe des Umsatzes der 1995 zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Präparate, die den genannten Wirkstoff enthalten bzw. der genannten Wirkstoffgruppe angehören.

** Nähere Angaben und Begründungen finden Sie auf den angegebenen Seiten des **Arzneimittelkursbuch '96/97**.