

Kostenreduktion durch projektgestützte Verschreibung von ACE-Hemmer Generika

Michael Wolzt¹, Gerald Ohrenberger² und Berthold Reichardt³

¹Universitätsklinik für Klinische Pharmakologie, Allgemeines Krankenhaus Wien,

²Interne Abteilung, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt, und

³Burgenländische Gebietskrankenkasse, Eisenstadt, Österreich

Cost saving by project based prescription of generic ACE inhibitors

Summary. *Background:* Increasing drug costs are an economic burden for the health insurance system.

Aim: The regional drug prescription pattern for ACE inhibitors in the Austrian county Burgenland was compared for patients discharged from hospital and those in primary care. Furthermore, the potential cost reduction by voluntary prescription of cheaper generic drugs was estimated in the project "Bessere Therapie zum besseren Preis".

Methods: Following consensual analysis of the regional cross-sectional study, a cheaper generic of the most cost-intensive class of ACE-inhibitor drugs should be prescribed at internal medicine wards and in primary care. The number of prescriptions for patients from the largest health insurance company BGKK was studied and the costs were calculated.

Results: Of the 1347 patients discharged during October 1999 from internal medicine departments of four different hospitals 879 patients received a total of 1440 cardiovascular drugs. The regional prescription pattern at hospitals matched that of physicians in primary care. Between the second quarter of 2000 and 2001, the prescription of ACE inhibitor drugs increased by project advertising from 23,627 packages by 13.1%, and drug costs in this group were reduced by € 29,778 in this quarter (7.3% of costs). The number of Enalapril prescriptions increased by 33.4% with a percentual portion of generic Enalapril of 57.3%, and in the rest of Austria by 16.9% with 45.0% generics.

Conclusion: Consensus based projects are appropriate pharmaco-economic interventions to change prescription patterns, increase the use of drugs and reduce the increasing cost requirements.

Key words: Pharmacoeconomics, health care quality, drug utilisation, patient compliance, generic drugs.

Zusammenfassung. *Hintergrund:* Steigende Kosten durch Medikamente sind eine ökonomische Belastung für das Sozialversicherungssystem.

Ziel: In dem österreichischen Bundesland Burgenland sollte die Übereinstimmung der regionalen Verschreibungen von ACE-Hemmern bei Patienten im niedergelassenen Bereich und bei Spitalsentlassung erfasst werden. In dem Projekt „Bessere Therapie zum besseren Preis“ sollte die mögliche Kostenreduktion durch freiwillige Verschreibung kostengünstiger Generika an Patienten erhoben werden.

Methoden: Nach einvernehmlicher Analyse der regionalen Querschnittsuntersuchung mit Ärztevertretern sollte bei Erstverschreibungen eines ACE-Hemmers im niedergelassenen Bereich und an den Internen Abteilungen einem wirkstoffgleichen kostengünstigeren Generikum der Vorzug gegeben werden. Die Anzahl von Verordnungen für Patienten des größten regionalen Sozialversicherungsträgers (BGKK) wurde untersucht und die Aufwendungen errechnet.

Ergebnisse: Von den 1347 im Oktober 1999 von vier Internen Abteilungen entlassenen Patienten erhielten 879 Patienten insgesamt 1440 Herz-Kreislauf-Medikamente. Die Spezialitätenverschreibung stimmte zwischen niedergelassenen ÄrztInnen der Einzugsgebiete und den Krankenhäusern gut überein. Zwischen dem zweiten Quartal 2000 und 2001 nahmen durch Projektwerbung die Verordnungen von ACE-Hemmer-Monopräparaten von 23.627 Verpackungen um 13,1% zu, die Ausgaben in dieser Substanzgruppe konnten dabei im Vergleichsquarter um € 29.778 (7,3% der Aufwendungen) reduziert werden. Die Zahl der Enalapril-Verordnungen stieg regional um 33,4% bei einem Generika-Anteil von 57,3% und im übrigen Bundesgebiet um 16,9% bei 45,0% Generika.

Zusammenfassung: Einvernehmliche Projekt-Empfehlungen sind als Heilmittel-ökonomische Interventionen geeignet, Verschreibungsgewohnheiten zu verändern, einen Mehreinsatz von Medikamenten zu erzielen und die Kostenzunahme zu dämpfen.

Schlüsselwörter: Heilmittelökonomie, Qualität des Gesundheitswesens, Medikamentennutzung, Patientencompliance, generische Medikamente.

Einleitung

Die kontinuierlich steigenden Kosten für Medikamente stellen für das Sozialversicherungswesen eine Heraus-

forderung dar. 1999 wurden in Österreich € 1,6 Mrd. (inkl. Rezeptgebühr, exkl. Umsatzsteuer) für rund 101 Mio. Arzneimittelpackungen von den Krankenversicherungsträgern aufgewendet [1]. Von den 59 Indikationsgruppen entfielen mehr als zwei Drittel aller Ausgaben auf Medikamente aus zehn Indikationsgruppen. Unter diesen Gruppen waren 1999 mit rund € 225 Mio „Kardiovaskulär wirksame Pharmaka, Antihypertensiva“ [2] in Österreich die kostenintensivste Indikationsgruppe. Ein Einsparpotenzial ergibt sich durch Verordnung wirkstoffgleicher Medikamente (Generika), die von patentfreien Medikamenten angeboten werden.

Die Substitution von Spezialitäten durch generische Medikamente wird in manchen Ländern bei der Medikamentenabgabe beeinflusst [3, 4]. Dieser Mechanismus beschränkt ÄrztInnen bei der Verordnung spezifischer Produkte. Es wurde gezeigt, dass Vergünstigungen für Ärzte das Verordnungsverhalten beeinflusst [5]. Solche Manipulationen der Verschreibungspraxis werden sehr kritisch gesehen. Es ist unklar, ob alleine durch Aufklärung über Preisdifferenzen eine vermehrte Generika Verschreibung einer umsatzstarken Substanzklasse erzielt werden kann. Aufgrund der günstigen strukturellen Gegebenheiten und dem gutem Kontakt zwischen niedergelassenen ÄrztInnen und Krankenhäusern sowie der vorhandenen logistischen Möglichkeiten wurde dieses Projekt in dem Österreichischen Bundesland Burgenland initiiert.

Die Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK) ist der größte regionale Sozialversicherungsträger. Rund 66% der Einwohner dieses österreichischen Bundeslandes sind Versicherte oder Mitversicherte der BGKK. Die BGKK wendete 1999 einen Betrag von € 38,629 Mio. für Medikamente auf, davon rund 19% in der Indikationsgruppe „Kardiovaskulär wirksame Pharmaka, Antihypertensiva“ [2]. Als Folge steigender Aufwendungen wurde 1999 in der BGKK die Arbeitsgruppe Heilmittelökonomie etabliert, die nach Qualitätskriterien der Evidence-based Medicine unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen den größtmöglichen Patientennutzen durch pharmakologische Therapie erarbeiten soll.

In dieser Studie wurde erhoben, wie die Verschreibungsgewohnheiten der Indikationsgruppe „Kardiovaskulär wirksame Pharmaka, Antihypertensiva“ der fünf Internen Abteilungen der Krankenhäuser im Burgenland mit den Verordnungen der niedergelassenen ÄrztInnen übereinstimmen. Diese Daten wurden gemeinsam mit den Leitern der Internen Abteilungen, Vertretern der Krankenhausverwaltung, der Ärztekammer (ÄK) für Burgenland und der Burgenländischen Gebietskrankenkasse analysiert. In dem Projekt „Bessere Therapie zum besseren Preis“ sollte von ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich und an den Internen Abteilungen bei Erstverschreibungen der vom Gesamtumsatz aufwendungsintensivsten Substanzklasse der ACE-Hemmer einem wirkstoffgleichen kostengünstigeren Generikum der Vorzug gegeben und die mögliche Kostenreduktion erhoben werden.

Methoden

Querschnittsuntersuchung

Im Oktober 1999 wurde über ein Monat an allen Internen Abteilungen der fünf Krankenhäuser im Bundesland Burgen-

land bei der Patientenentlassung die Krankheitsdiagnosen und die empfohlene Herz-Kreislauf-Medikation in einem standardisierten Erhebungsbogen erfasst. Im Vergleichszeitraum des 3. Quartals 1999 wurden alle Verschreibungen von Herz-Kreislauf-Medikamenten von Patienten der BGKK erhoben. Die Verschreibungen im niedergelassenen Bereich sind in der Rezeptfassungsdatenbank der BGKK dokumentiert, die alle Verordnungen erfasst, die für einen Anspruchsberechtigten der BGKK in einer Apotheke oder Hausapotheke eingelöst und mit der BGKK abgerechnet werden.

Grundlage dieser Erhebung war die Frage, ob Spitalsverordnung von Medikamenten die Therapie mit Herz-Kreislauf-Präparaten im Einzugsgebiet der Internen Abteilungen beeinflusst. Aus geografischen Gründen können im Burgenland die meisten Bezirke als Einzugsgebiet dem nächstgelegenen Krankenhaus zugeordnet werden. Da von Patienten niedergelassener BGKK-Vertragsärzte keine Diagnose EDV-kompatibel verfügbar ist, wurden zum Vergleich aus der Gruppe der Spitalspatienten nur jene mit isolierter Diagnose Hypertonie herangezogen, die das größte Kollektiv darstellt und durch die einheitliche Diagnose repräsentativ für das untersuchte Einzugsgebiet erscheint.

Interventionsgruppe

Ab April 2000 war ein generischer Anbieter von Enalaprilmaleat verfügbar, ab August ein zweites Präparat und ab Oktober 2000 fünf weitere generische Präparate in Österreich im Handel.

Basierend auf dem Ergebnis der Querschnittsuntersuchung, dass eine hohe Korrelation zwischen Krankenhausverordnung und Einzugsgebiet besteht, wurde das Projekt „Bessere Therapie zum besseren Preis“ unter Einbeziehung der Internen Abteilungen gemeinsam von Vertretern der Ärztekammer (ÄK) für Burgenland, der Krankenhausärzte und Krankenhausverwaltung, der BGKK und Gesundheitspolitikern vorbereitet. Als Projektziel wurde in der Interventionsgruppe die Verordnung eines günstigeren Enalapril-Präparats bei Neu- oder Erstverordnungen oder bei medizinisch begründeten Umstellungen auf einen ACE-Hemmer angestrebt. Zur Umsetzung des Projekts wurden von der ÄK für Burgenland und der BGKK ab Oktober 2000 folgende Aktivitäten gesetzt:

Es wurden bei sechs regionalen Informationsveranstaltungen im Rahmen von Bezirksärztetreffen für niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin das Projekt „Bessere Therapie zum besseren Preis“ durch die ÄK für Burgenland, dem Abteilungsvorstand der nächstgelegenen Internen Abteilung und Vertretern der BGKK vorgestellt. Das Projektziel wurde erklärt und Hinweise für ACE-Hemmer Therapie auf Grundlage der Evidence-based Medicine vorgetragen. Ein gemeinsames Informationsschreiben der ÄK und BGKK zur Vorstellung des Projektes wurde veröffentlicht und monatliche Aussendungen der BGKK an alle niedergelassenen VertragsärztInnen beinhalteten über neun Monate Informationen über Verfügbarkeit generischer Enalapril-Präparate, Entwicklung über Verordnungszahlen und Aufwendungen. An drei Krankenhäusern erhielten Patienten bei der Entlassung aus stationärer Pflege ein Schreiben über die Möglichkeit der Verschreibung wirkstoffgleicher generischer Präparate durch niedergelassene ÄrztInnen. Als Patienteninformation wurde in der periodischen Zeitschrift „Wie geht's“ der BGKK, die an alle burgenländischen Haushalte ergeht, in der Ausgabe 1/2001 über das Modellprojekt „Bessere Therapie zum besseren Preis“ sowie über Generika im Allgemeinen informiert [6].

Die Verordnungen der Spezialitäten wurden aus der Rezeptfassungsdatenbank der BGKK erhoben. Die Verord-

nungszahlen von VertragsärztInnen der BGKK wurden mit den Verordnungen der Gebietskrankenkassen des gesamten Bundesgebiets verglichen.

In dieser Anwendungsbeobachtung war keine individuelle Einverständniserklärung der Patienten oder ein Votum einer Ethikkommission erforderlich, da die Verschreibung der generischen Medikamente ausschließlich gemäß Bestimmung erfolgte und keine zusätzlichen Untersuchungen oder andere patientenbezogenen Maßnahmen durchgeführt wurden.

Die 34 Apotheken im Burgenland wurden in das Projekt nicht aktiv eingebunden. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen führte ab Oktober 2000 begleitend eine externe Qualitätssicherung mittels einer Fragebogen-Untersuchung bei den niedergelassenen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin durch. Strukturierte Interviews bei den Leitern der Internen Abteilungen in den burgenländischen Krankenhäusern ergänzten die Evaluierung.

Aufwendungen

Die externe Evaluierung des Projekts durch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen wurde durch den Österreichischen Generikaverband finanziert, sodass keine Kosten für das Projekt entstanden. Für ÄrztInnen entstanden keine Kosten und kein Verdienstentgang, da Fortbildungsveranstaltungen und Bezirksärztetreffen in der Freizeit besucht werden, jedoch als Fortbildungsveranstaltungen steuerlich geltend gemacht werden können. Der Aufwand bei Angestellten der BGKK betrug etwa 50 Manntage, die mit jeweils rund € 200 (inkl. Infrastruktur des Arbeitsplatzes) berechnet werden können.

Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv. Alle Aufwendungen oder Umsätze von Medikamenten beziehen sich auf die Preisbasis Kassenpreis.

Ergebnisse

Querschnittsuntersuchung

Aus organisatorischen Gründen war die Dokumentation der Entlassungsmedikation an einer Internen Abteilung nur sehr unvollständig möglich, die Erhebungsbögen von 21 Patienten dieser Abteilung wurden daher als nicht repräsentativ für die betroffene Abteilung (<10% einer Vollerfassung) gewertet und in der Datenanalyse nicht berücksichtigt. Die Patientenerfassung aus den anderen vier Internen Abteilungen war 100% (Rücklauf zwischen 216 und 596 Dokumentationsbögen).

Von den 1347 im Oktober 1999 von vier Internen Abteilungen burgenländischer Krankenhäuser entlassenen Patienten erhielten 879 Patienten Herz-Kreislauf-Medikamente (65%), 468 Patienten benötigten keine Herz-Kreislauf-Medikation. An den Internen Abteilungen lag der Anteil von Patienten mit Herz-Kreislauf-Medikation zwischen 46% und 78%. Das mittlere Alter von Patienten war 68 Jahre (Median 71 Jahre, Bereich 17–97).

Es wurden im Beobachtungszeitraum bei den Spitalsentlassungen insgesamt 1440 Herz-Kreislauf-Medikamente verschrieben, entsprechend 1,6 kardiovaskulär wirksamen Medikamenten pro Patient (Bereich der Krankenhäuser 1,5–1,7). Die Verteilung der Verschreibungen nach Substanzklasse ist in Tabelle 1 angeführt. Bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Medikamenten wurden insgesamt

Tabelle 1. Querschnittsuntersuchung, empfohlene Herz-Kreislauf-Medikamente bei Entlassung aus stationärer Pflege von Internen Abteilungen aus vier burgenländischen Krankenhäusern im Oktober 1999

Substanzklasse	Anzahl der Verschreibungen	Anteil in %
ACE-Hemmer	472	33
Angiotensinrezeptor Antagonisten	64	4
Alpharezeptor Antagonisten	78	5
Betarezeptor Antagonisten	325	23
Calciumkanalblocker	205	14
Diuretika	258	18
Andere	38	3

Tabelle 2. Querschnittsuntersuchung, Verschreibung von Herz-Kreislauf-Medikamenten (Packungsverteilung, in %) im niedergelassenen Bereich im 3. Quartal 1999 sowie bei Patienten mit isolierter Hypertonie bei Entlassung aus stationärer Pflege von Internen Abteilungen aus vier burgenländischen Krankenhäusern im Oktober 1999

Substanzklasse	Niedergelassener Bereich (n = 25.745)	Stationäre Pflege (n = 364)
ACE-Hemmer	38	35
AT-II Antagonisten	4	6
Alpharezeptor Antagonisten	9	7
Betarezeptor Antagonisten	19	21
Calciumkanalblocker	15	17
Diuretikum	13	9
Andere	3	5

Abweichungen von 100% entstehen durch Rundungsfehler.

1111 kardiovaskuläre Diagnosen angeführt (im Mittel 1,2 Diagnosen pro Patient, Bereich der Krankenhäuser 1,2–1,5). Die Diagnose Hypertonie war mit 559 Nennungen am häufigsten (50%, Bereich 41–57%), gefolgt von koronarer Herzkrankheit mit 214 Nennungen (19%, Bereich 9–24%) und Herzinsuffizienz mit 177 Diagnosen (16%, Bereich 10–31%). Auf andere Indikationen wie Vitien oder Nephropathie entfielen 161 Nennungen (15%).

Bei Patienten mit isolierter Diagnose Hypertonie bei Spitalsentlassung bestand eine deutliche geographische Übereinstimmung der Spezialitätenverschreibung der regionalen Krankenhäuser mit der Herz-Kreislauf-Medikation von Patienten in einzelnen Bezirken (Tabelle 2 und 3).

In der Gruppe „Kardiovaskulär wirksame Pharmaka, Antihypertensiva“ wurden im 3. Quartal 1999 97.917 Packungen an Patienten der BGKK abgegeben, davon war Enalapril mit 7759 Packungen das häufigst verordnete (7,9% aller Medikamente dieser Gruppe) und kostenaufwendigste Medikament. Im Österreichischen Bundesgebiet wurden von den Gebietskrankenkassen (ohne BGKK) in dieser Indikationsgruppe weitere 2.182.547 Verordnungen registriert, davon 153.719 Packungen Enalapril (7,0% der Indikationsgruppe).

Tabelle 3. Querschnittsuntersuchung, regionale Übereinstimmung (Packungsverteilung, in %) von ACE-Hemmer-Monopräparaten im niedergelassenen Bereich im 3. Quartal 1999 zwischen Bezirken als Einzugsgebiet und von Patienten mit isolierter Hypertonie bei Entlassung aus stationärer Pflege von Internen Abteilungen im Oktober 1999

Freiname	Bezirk I	Bezirk II	Bezirk III	Bezirk IV
Enalapril	35/40	41/57	21/15	28/37
Lisinopril	25/35	18/17	21/11	25/25
Ramipril	12/6	13/11	34/68	17/4
Captopril	14/4	17/7	5/0	6/6
Fosinopril	9/8	7/7	7/1	10/20
Cilazapril	2/3		3/2	8/5
Quinalapril			9/2	4/2
Imidapril				
Spirapril				

Die Nummerierung der Bezirke wurde zur Anonymisierung willkürlich getroffen. Abweichungen von 100% entstehen durch Rundungsfehler.

Interventionsgruppe Verordnungen

Im Untersuchungszeitraum ab dem zweiten Quartal 2000 nahm bei Patienten der BGKK die Verordnung von „Kardiovaskulär wirksamen Pharmaka, Antihypertensiva“ um 8,1% zu, davon bei ACE-Hemmer-Monopräparaten von 23.627 auf 26.733 Packungen um 13,1%. Die Verordnungen von Enalapril-Monopräparaten stieg um 46,0%. Perindopril und Spirapril-Verordnungen nahmen ebenfalls gering zu, sind jedoch mit einem gemeinsamen ACE-Hemmer Monopräparat-Marktanteil von 1,2% ökonomisch vernachlässigbar. Bei allen anderen ACE-Hemmer-Monopräparaten kam es zu deutlicher Reduktion der Verordnungen zwischen -0,5 und -22,0%.

Innerhalb der ACE-Hemmer-Monopräparate war Enalapril im 2. Quartal 2001 mit 47,2% die meist verordnete Substanz, gefolgt von Lisinopril mit 19,0%, Ramipril mit 16,2% und Fosinopril mit 6,9%. Andere ACE-Hemmer wurden zu weniger als 3,5% verordnet. Der Anteil von Enalapril-Verordnungen an der Gruppe „Kardiovaskulär wirksame Pharmaka, Antihypertensiva“ war 10,1%. Die Zahl der Erstverordnungen mit einem ACE-Hemmer-Monopräparat war zwischen 1605 und 1795 pro Quartal stabil. Der Anteil der Verordnungen von generischem Enalapril wurde jedoch während des Beobachtungszeitraumes von 11,9% auf 57,3% gesteigert (Abb. 1).

Im übrigen Bundesgebiet betrug der Anstieg aus der Gruppe „Kardiovaskulär wirksame Pharmaka, Antihypertensiva“ zwischen dem 2. Quartal 2000 und 2001 bei Patienten der Gebietskrankenkassen 4,1%. Das umsatzstärkste Medikament Enalapril hatte im 2. Quartal 2001 einen Anteil von 7,4% der Packungen. Dies entspricht einer Zunahme der Verordnungen von 15,9%. Die Verschreibung von generischem Enalapril stieg von 5,1% auf 45,0%.

Ausgaben

Die Aufwendungen für ACE-Hemmer-Monopräparate betragen im zweiten Quartal 2000 für die BGKK € 405.288. 2001 wurde für diese Gruppe im Vergleichs-

quartal insgesamt € 375.509 erbracht. Trotz Zunahme der Packungsverordnungen von ACE-Hemmer-Monopräparaten um 3.106 Stück sanken die Ausgaben in dieser Substanzgruppe um € 29.778, entsprechend einer Ersparnis von 7,3%.

Diese Analyse wird durch geänderte durchschnittliche Kosten pro Verordnung beeinflusst, die durch veränderte Arzneimittelpreise bedingt sind. Die Kosten pro Verordnung reduzierten sich für die BGKK von € 17,51 im 1. Quartal 2000 auf € 14,26 im 2. Quartal 2001 und im Bundesvergleich von € 17,50 auf € 14,43. Bei Annahme gleicher Preise und Aufschläge während der Vergleichszeiträume errechnet sich durch die vermehrte Verschreibung von Generika eine Einsparung für die BGKK bei ACE-Hemmer-Monopräparaten von € 354.643, entsprechend 18,0% der Ausgaben dieser Gruppe innerhalb eines Jahres.

Die Verordnungen von Enalapril für BGKK Patienten nahmen in diesem Zeitraum um 3.982 Packungen zu. Die Aufwendungen für Enalapril-Monopräparate betragen im 2. Quartal 2000 € 131.469 und im 2. Quartal 2001 € 132.728.

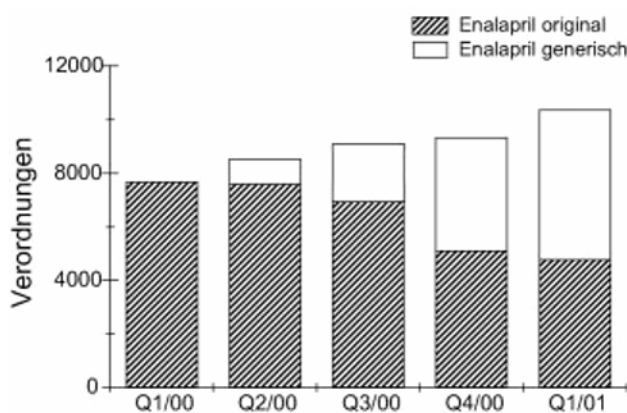


Abb. 1. Packungsverordnungen von Enalaprilmaleat im Burgenland zwischen dem ersten Quartal 2000 (Q1/00) und 2001 (Q1/01). Das generische Monopräparat ist seit April 00 verfügbar

Bekanntheitsgrad

Von den 143 burgenländischen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und 14 FachärztInnen für Innere Medizin beantworteten 70 ÄrztInnen (45%) den im April 2001 ausgesandten Fragebogen, in dem Mehrfachnennungen möglich waren. Alle ÄrztInnen gaben an, das Projekt „Bessere Therapie zum besseren Preis“ zu kennen. 88% der ÄrztInnen kannten das Projekt aus den Aussendungen der ÄK und BGKK, 38% waren bei einer der Informationsveranstaltungen, 45% wurden durch Vertreter aus der Pharmazeutischen Industrie informiert. Andere Nennungen wurden nur vereinzelt angeführt.

83% der ÄrztInnen, die das Projekt kannten, unterstützten in der Fragebogenuntersuchung das Projekt vollständig, 17% teilweise. Das Projektziel wurde von keinem Befragten abgelehnt. Unter den ÄrztInnen, die das Projekt nur teilweise unterstützten, wurden Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung angeführt, wobei Erstverschreibungen mit generischem Enalapril jedoch problemlos durchgeführt werden konnten. Die Umsetzbarkeit war bei 77% der ÄrztInnen wegen der unterschiedlichen Wünsche und Erwartungen der Patienten erschwert, die teilweise durch die Produktnamen bedingt waren.

Diskussion

In dem Projekt „Bessere Therapie zum besseren Preis“ wurde die Auswirkung einer ökonomischen Arzneimittelverschreibung auf die Aufwendungen für ACE-Hemmer-Monopräparate untersucht. Die Querschnittsuntersuchung zeigt, dass das Verschreibungsverhalten zwischen regionalen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten der BGKK bei Herz-Kreislauf-Medikamenten gut übereinstimmt, obwohl aus dem stationären Bereich nur Patienten mit isolierter Hypertonie für den Vergleich herangezogen wurden. Durch einvernehmliche Analyse der Ergebnisse und Projektvorstellung im Fachbereich konnte bei Zunahme der Enalapril-Verschreibungen und der ACE-Hemmer-Monopräparate eine Einsparung bei den Aufwendungen erzielt werden. Das Projekt „Bessere Therapie zum besseren Preis“ konnte eine stärkere Zunahme der Verschreibung „Kardiovaskulär wirksamer Pharmaka, Antihypertensiva“ erreichen, als im übrigen Bundesgebiet festgestellt wurde. Durch die vermehrte Verordnung von Enalapril-Generika wurde bei ACE-Hemmer-Monopräparaten eine Kostenersparnis erzielt.

Es wurde in Vorbesprechungen festgehalten, dass nur die Erstverschreibungen mit dem günstigeren Generikum durchgeführt werden soll, eine ständige Umstellung der Medikamente jedoch Patienten verunsichern könnte und daher zu vermeiden ist. Diese Bedenken wurden auch in der begleitenden Umfrage durch die niedergelassenen ÄrztInnen angeführt. Durch den Markteintritt mehrerer Generika-Anbieter wurde ein Preisdruck ausgelöst und die Preise während der Studie reduziert. Obwohl durch eine systematische Umstellung auf generische Medikamente z.B. durch die Apotheken [4] bei der Abgabe eine stärkere Kostenreduktion möglich wäre, muss das Vertrauen von Patienten in die bisher verschriebene Spezialität beachtet werden, da die Änderung auf ein generisches Medikament als „Umstellung“ des Medikaments empfunden werden kann, die zu Verschlechterung der Compliance führt [7].

In dieses Modellprojekt wurden nur verschreibende ÄrztInnen eingebunden. Es kann daher nur vermutet werden, ob eine Intervention mit Unterstützung der Apotheken das Patientenvertrauen verstärken könnte. Es ist jedoch bekannt, dass eine kritische Einstellung oder Unkenntnis die Medikamentencompliance verschlechtert [8, 9]. Daher wurde in diesem Projekt versucht, durch Aufklärungsmaßnahmen die Scheu vor den „neuen“ Medikamenten zu nehmen. Die große Unterstützung des Projektes ist jedoch nicht auf Zuwendungen an die verschreibenden ÄrztInnen oder Patienten oder auf Sanktionen zurückzuführen, sondern allein durch das nachvollziehbare Ziel einer Kostenreduktion und die gute Kooperation zwischen den Projektbeteiligten bewirkt worden. Durch regelmäßige Informationen über den Projektverlauf mit detaillierten Verschreibungszahlen konnte das Verhältnis mit den niedergelassenen ÄrztInnen gepflegt werden. In anderen heilmittelökonomischen Studien wurden zur Durchsetzung von Generikaverordnungen limitierte Verschreibungsbudgets oder Veränderungen bei der Medikamentenabgabe eingesetzt [4, 10]. Demgegenüber ist die Wirkung von Aufklärungsmaterial alleine in Studien nahezu wirkungslos [11]. Da keine einfachen pharmakoökonomischen Zaubermittel existieren, ist ein multidisziplinärer Ansatz notwendig, um Verschreibungsgewohnheiten anhaltend zu ändern, wenn kein direkter finanzieller Druck auf die verschreibenden ÄrztInnen bei Beibehaltung der Verordnungsfreiheit ausgeübt wird.

Bei einem Anteil von 3,5% Versicherten wurden durch das Projekt rund 8% der bundesweiten Verordnungen von generischem Enalapril an Patienten der BGKK verschrieben. Der Marktanteil von generischem Enalapril im Burgenland von rund 54% war damit auch höher als vergleichbare Medikamente im ersten Jahr der kostengünstigen generischen Verfügbarkeit wie z.B. Ranitidin, das ein Jahr nach Markteinführung zu rund 17% generisch verordnet wurde [2].

Im gesamten Beobachtungszeitraum wurde die Abgabe von ACE-Hemmer-Monopräparaten von etwa 1000–1300 Patienten pro Quartal abgebrochen. Die Gründe dafür wurden nicht systematisch erhoben. Neben Unvollständigkeit der erhobenen Daten durch Wechsel des Versicherungsträgers oder Tod des Patienten sind direkte patientenbezogenen Ursachen wie Therapieabbruch, Umstellung der Medikation, Abgabe von Ärztemustern oder Noncompliance anzuführen. Es ist bekannt, dass eine Vereinfachung des verordneten Regimes zur Verbesserung der Medikamenteneinnahme führt [12]. Die Compliance hängt darüber hinaus von der subjektiven Verträglichkeit der Medikaments und vom Erreichen des Behandlungszieles ab [13, 14]. Der betreuende Arzt ist wegen der regelmäßigen Kontrolle, Motivation und Aufklärung bei der Behandlung von zentraler Bedeutung [15]. In dieser Studie wurde die Effektivität der antihypertensiven Therapie nicht erfasst. Es konnte jedoch erhoben werden, dass die Medikation während des Beobachtungszeitraumes an 70% der Personen wiederholt abgegeben wurde. Dies kann als indirektes Maß für eine gute Compliance herangezogen werden. Sowohl die geringe Therapieabbruchrate als auch die Zahl von Neueinstellungen blieb im Interventionszeitraum annähernd gleich. Es wird daher vermutet, dass die Zunahme von generischen Enalapril-Verordnungen primär

durch Neueinstellungen erreicht wurde und nicht durch Umstellungen gut eingestellter Patienten.

Die Verordnung von generischem Enalapril ergab für die BGKK unter der Annahme konstanter Preise Einsparungen von jährlich € 350.000. Die Kosten der BGKK durch den vermehrten Aufwand sind mit weniger als 3% der eingesparten Summe gering. Die bundesweit gültigen Preise und die allgemeine Verfügbarkeit des Heilmittelverzeichnisses legen eine Übertragung der Ergebnisse dieser Studie auf das Bundesgebiet nahe. Da eventuell vorhandene epidemiologische Unterschiede keinen Einfluss auf die Therapiequalität besitzen sollten, könnte eine vergleichbare Intervention in einem größeren Gebiet gesetzt werden. Umgelegt auf die Aufwendungen der österreichischen Sozialversicherung errechnet sich bei einer 18%igen Reduktion der Ausgaben für ACE-Hemmer-Monopräparate ein Einsparpotenzial von etwa € 9 Mio. Unter Berücksichtigung einer realen Aufwandszunahme der Krankenversicherungsträger in Österreich für Heilmittel von ca. € 100 Mio. von 2000 auf 2001, zeigt dieses Projekt, dass durch relativ geringe Änderungen des Verhaltens ein Teil der Aufwandssteigerung ohne Qualitätsverlust für die Patienten abgefangen werden könnte.

Eine Analyse der geänderten Kostenverteilung ergibt, dass Patienten wirtschaftlich nicht betroffen sind, da die Rezeptgebühr unabhängig vom Preis ist. Ebenso ist das Verhalten der ÄrztInnen im Krankenhaus und die Krankenhausapotheke ökonomisch unbeeinflusst, da im Burgenland derzeit alle Präparate der Substanzklasse ACE-Hemmer bedarfsdeckend kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Die medikamentenabgebenden ÄrztInnen mit Hausapotheken oder öffentliche Apotheken müssen durch die kostengünstigere Verordnung eine Reduktion der Gewinnspanne akzeptieren. Anbieter hochpreisiger Präparate verspüren einen regionalen Umsatzrückgang und erhöhten Preisdruck durch Marktentwicklung, während Anbieter kostengünstiger Präparate einen regionalen Umsatz- und Umsatzaufschwung registrieren. Die Sozialversicherungsträger als Verteter aller Versicherten, betroffenen Patienten und nicht betroffenen Anspruchsberechtigten können durch vermehrte Verordnung von Generika Ressourcen optimieren.

Zusammenfassend zeigt das Projekt „Bessere Therapie zum besseren Preis“, dass systematische Aufklärung über Preisdifferenzen bei generischen Medikamenten geeignet sind, einen Mehreinsatz von Medikamenten zu erzielen und durch Umverteilung der Verschreibungsgewohnheiten wirkstoffgleicher Medikamente die Kostenzunahme zu dämpfen.

Danksagung

Die Autoren danken für die aktive Mitarbeit bei dieser Heilmittel-ökonomischen Intervention der ÄK für Burgenland, den teilnehmenden ÄrztInnen, sowie dem Österreichischen

Bundesinstitut für Gesundheitswesen, das studienbegleitend für Analysen zur Verfügung stand.

Literatur

1. Hauptverband der Sozialversicherungsträger, www.soz-vers.at/hvb/statistik/ESV_Statistik/Heilmittel_a.htm (Zugriff am 24. 6. 2002)
2. Datenbank der Sozialversicherungsträger PEGASUS
3. McManus P, Birkett DJ, Dudley J, Stevens A (2001) Impact of the minimum pricing policy and introduction of brand (generic) substitution into the pharmaceutical benefits scheme in Australia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 10: 295–300
4. Mott DA, Cline RR (2002) Exploring generic drug use behavior: the role of prescribers and pharmacists in the opportunity for generic drug use and generic substitution. *Med Care* 40: 662–674
5. Roberts SJ, Bateman DN, Smith JM (1997) Prescribing behaviour in general practice: the impact of promoting therapeutically equivalent cheaper medicines. *Br J Gen Pract* 47: 13–18
6. Wie geht's, Mitteilungsblatt der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (2001)
7. Dusing R (2001) Adverse events, compliance, and changes in therapy. *Curr Hypertens Rep* 3: 488–492
8. Balazovjeh I, Hnilica P Jr (1993) Compliance with antihypertensive treatment in consultation rooms for hypertensive patients. *J Hum Hypertens* 7: 581–583
9. Ren XS, Kazis LE, Lee A, Zhang H, Miller DR (2002) Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications. *J Clin Pharm Ther* 27: 47–56
10. Wilson RP, Hatcher J, Barton S, Walley T (1999) Therapeutic substitution and therapeutic conservatism as cost-containment strategies in primary care: a study of fundholders and non-fundholders. *Br J Gen Pract* 49: 431–435
11. Gill PS, Makela M, Vermeulen KM, Freemantle N, Ryan G, Bond C, Thorsen T, Haaijer-Ruskamp FM (1999) Changing doctor prescribing behaviour. *Pharm World Sci* 21: 158–167
12. Dezii CM (2000) A retrospective study of persistence with single-pill combination therapy vs. concurrent two-pill therapy in patients with hypertension. *Manag Care* 9 [Suppl 9]: 2–6
13. Mallion JM, Schmitt D (2001) Patient compliance in the treatment of arterial hypertension. *J Hypertens* 19: 2281–2283
14. Nuesch R, Schroeder K, Dieterle T, Martina B, Battagay E (2001) Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *BMJ* 323: 142–146
15. Jokisalo E, Kumpusalo E, Enlund H, Takala J (2001) Patients' perceived problems with hypertension and attitudes towards medical treatment. *J Hum Hypertens* 15: 755–761

Korrespondenz: Dr. Michael Wolzt, Klinische Pharmakologie, Allgemeines Krankenhaus Wien, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, Österreich, E-mail: michael.wolzt@univie.ac.at

(Eingegangen am 16. September 2002, angenommen nach Revision am 5. November 2002)