

## Verordnung von Generika in der hausärztlichen Praxis Ergebnisse einer Befragung von Hausärzten

Anne Simmenroth-Nayda<sup>1</sup>, Eva Hummers-Pradier<sup>2</sup>, Thomas Ledig<sup>3</sup>, Rolf Jansen<sup>3</sup>, Wilhelm Niebling<sup>4</sup>, Lise M. Bjerre<sup>1</sup>, Michael M. Kochen<sup>1</sup>, Wolfgang Himmel<sup>1</sup>

### ZUSAMMENFASSUNG

□ **Hintergrund und Ziel:** Gesundheitsökonomisch ist eine weitgehende Umstellung von Originalpräparaten auf Generika sinnvoll und erwünscht. Es gibt bisher kaum Daten darüber, ob und ggf. welche Probleme die Umstellung auf Generika in der hausärztlichen Praxis hervorruft. Zu diesem Thema sollten Hausärzte befragt werden.

□ **Methodik:** Ärzte für Allgemeinmedizin in fünf KV-Bezirken Baden-Württembergs und Thüringens, die an einer Generikastudie teilnahmen, erhielten einen standardisierten Fragebogen über Probleme bei der Umstellung auf Generika.

□ **Ergebnisse:** Insgesamt 195 (84%) von 233 Ärzten beantworteten den Fragebogen. Zwei Drittel (127/195) hielten Generika und Originalpräparate für gleichwertig. Fast 60% der Ärzte (114/195) glaubten, dass der Anteil von Generika an allen ihren Verordnungen bei > 50% liege. Ärzte, die von der Gleichwertigkeit von Originalpräparaten und Generika überzeugt waren, schätzten ihren Generikaanteil höher ein (65% vs. 46%;  $p < 0,05$ ). Knapp 8% berichteten über häufig schlechtere Wirksamkeit von Generika; 10% beobachteten bei umgestellten Patienten neue Nebenwirkungen. Viele Ärzte nannten als Hindernisse bzw. Schwierigkeiten für die Umstellung auf Generika: schlechte Kooperation mit Krankenhäusern und Spezialisten (86%), Zeitmangel auf Seiten des Arztes (68%) und Verständnisprobleme auf Seiten der Patienten (50%). Über 10% der Patienten sind nach Einschätzung der Ärzte grundsätzlich nicht bereit, Generika einzunehmen.

□ **Schlussfolgerung:** Eine bessere ärztliche Kooperation bei der Pharmakotherapie könnte Hausärzten die weitere Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotentialen durch Generika erleichtern. Die Diskrepanz zwischen nachgewiesener pharmakologischer Gleichwertigkeit von Generika und den von Hausärzten berichteten Problemen nach einer Umstellung sollte zukünftig genauer untersucht werden.

**Schlüsselwörter:** Generika · Ordnungsverhalten · Hausarzt · Einstellung zu Medikamenten · Allgemeinpraxis · Kollegiale Zusammenarbeit

*Med Klin* 2006;101:705–10.  
DOI 10.1007/s00063-006-1097-6

Eine gesundheitsökonomisch sinnvolle Begrenzung der Ausgaben im Bereich der Arzneimittel erfordert u.a. die Umstellung von Originalpräparaten auf Generika. Ein seit Februar 2002 bestehendes Gesetz zur routinemäßigen Verordnung von Generika („Autidem-Gesetz“) hat die Diskussion um die Praktikabilität einer solchen Umstellung für Ärzte und deren Zumutbarkeit für Patienten neu angefacht. Manche Ärzte scheinen Generika erschöpfend einzusetzen, andere fühlen sich in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt und betonen, dass eine medikamentöse Umstellung bei vielen Patienten auf Unverständnis stoße [1, 2].

In Deutschland konnten 2004 über 2 Mrd. Euro durch die verstärkte Verordnung von Generika eingespart werden [3]. So betrug der Anteil von verordneten Generika am generikafähigen Markt 2004 bereits 74%. Außerdem nähern sich mittlerweile in vielen Fällen die Preise von Generika und generikafähigen Originalpräparaten immer mehr an, so dass das Sparpotential zunehmend geringer wird [3, 4]: 2003 lag der Durchschnittspreis für eine Packung eines Originalpräparats bei 26,46 Euro und für eine Packung eines Generikums bei 18,03 Euro (Preisunterschied: 8,43 Euro); 2004 lag er beim Originalpräparat bei 28,70 Euro und beim Generikum bei 23,62 Euro (Preisunterschied: 5,08 Euro).

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im Januar 2004 wird erneut über Sparpotentiale diskutiert. Patientenverbände und die pharmazeutische Industrie verfolgen z.T. verschiedene Interessen, so dass dieser Bereich „umkämpfter“ scheint als vorher absehbar. Die Einstellung von Ärzten zum Thema Generika ist in Deutschland noch nicht systematisch untersucht worden, und Studienergebnisse aus den USA, Kanada und europäischen Ländern sind auf deutsche Verhältnisse nicht unbedingt übertragbar. So verordnen z.B. in Frankreich nur 56% der Ärzte Gene-

<sup>1</sup> Abteilung Allgemeinmedizin, Universität Göttingen,

<sup>2</sup> Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover,

<sup>3</sup> Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Ditzingen,

<sup>4</sup> Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universität Freiburg.

## ORIGINALARBEIT

rika, da die Mehrzahl von ihnen nicht von deren Äquivalenz überzeugt ist [5]. In Verordnungsanalysen aus britischen und amerikanischen Praxen mit unterschiedlich hohem Generikaverbrauch zeigten sich Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von Besuchen von Pharmareferenten, der Verordnung neuer Pharmaka und der Einstellung zu Generika [6–9].

Ashworth et al. [10] belegten in England die positive Wirkung eines Qualitätszirkels auf eine häufigere Verordnung von Generika. Ärzte, die teurer als der Durchschnitt ihrer Kollegen verordneten, waren im Umgang mit neuen Medikamenten großzügiger [11]. Nennenswerte Schwierigkeiten bei der Umstellung werden aus den angloamerikanischen Ländern nicht geschildert; eine Verhaltensänderung wurde vor allem durch ökonomische Anreize für die Ärzte gebahnt [6, 8, 10].

Durch eine standardisierte Befragung sollte die Einstellung von Hausärzten in Deutschland zur Umstellung auf Generika untersucht werden. Die Befragung war Teil einer Interventionsstudie, die prüfen sollte, ob das Verordnungsverhalten von Hausärzten bezüglich Generika durch Schulung und Information zu beeinflussen ist.

Vor Veröffentlichung der Befragungsergebnisse sollten erst die Hauptstudie („Intervention“) und deren Auswertung abgeschlossen sein. Daher erscheinen die vorliegenden Ergebnisse mit einer gewissen Verzögerung. Zwar haben sich mittlerweile die Rahmenbedingungen hausärztlicher Verordnung geändert, und auch der Anteil verordneter Generika ist deutlich gestiegen; dennoch dürften die Ergebnisse weiterhin aktuell sein, sowohl was die Einschätzung der Patienten als auch interkollegiale Hindernisse betrifft. Auch ist nach wie vor das Einsparpotential an Arzneikosten durch konsequente Verordnung von Generika erheblich. Schließlich werden die in unserer Studie markierten Problemfelder vermutlich weiter an Bedeutung gewinnen, da die Gesetzesänderungen im April 2006 Ärzte zu noch bewussterem Einsatz von Generika zwingen.

**Methodik**

Alle Fachärzte für Allgemeinmedizin in fünf KV-Bezirken Baden-Württem-

**ABSTRACT****Prescription of Generic Drugs in General Practice. Results of a Survey of General Practitioners**

□ **Background and Purpose:** Switching brand-name drugs to generics is reasonable and desired for economic reasons. Few data exist about problems, if any, during the switching in general practice. In this survey, the view of general practitioners (GPs) should be ascertained.

□ **Methods:** GPs in five counties in the German federal states Thüringen and Baden-Württemberg, who took part in a study on generic drug prescribing, were asked to complete a questionnaire about experiences and attitudes toward generic drug prescription.

□ **Results:** A total of 195 (84%) of 233 GPs answered the questionnaire. Two thirds (127/195) stated, that brands and generics are pharmacologically equivalent. Many of these GPs estimated to prescribe generic drugs in > 50% of instances; fewer doctors did so, if they had doubts as to the equivalence of generics (65% vs. 46%;  $p < 0.05$ ). Nearly 8% reported generics being less effective, and 10% observed new adverse effects after switching. Many GPs appointed the following barriers: cooperation with hospitals and colleagues (86%), GP's lack of time (68%), and communication problems with the patient (50%). GPs estimated that > 10% of patients strictly reject generic drugs.

□ **Conclusion:** An optimized cooperation between GPs and hospital physicians could facilitate the consumption of generic potential in pharmacotherapy. Reasons for the obvious contrast between the proven pharmacological equivalence of brand-name and generic drugs and the problems encountered after switching reported by GPs should be further studied.

**Key Words:** Generic prescribing · Family physician · Family practice · Attitude of health personnel · Interprofessional relations

*Med Klin 2006;101:705–10.*  
DOI 10.1007/s00063-006-1097-6

bergs und Thüringens (n = 1 395) wurden persönlich angeschrieben und um ihre Teilnahme an einer Generikastudie gebeten, die im Oktober 2000 begann. An dieser Studie wollten 233 Ärzte (16%) teilnehmen. Es fanden eine Erhebung von Verordnungsdaten mittels Praxis-EDV und ein Interview mit den Ärzten der Interventionsgruppe statt. Diese Gruppe erhielt ein Verordnungsfeedback und schriftliche Materialien zu Generika, u.a. einen „Gesprächleitfaden zur Umstellungsproblematik“, der auf Sorgen und Befürchtungen von Patienten fokussierte.

Vor Beginn der Intervention und Verordnungsdatenerhebung erhielten die 233 teilnehmenden Ärzte einen Fragebogen über Probleme bei der Umstellung auf Generika. Dieser be-

stand aus 16 geschlossenen und sechs offenen thematischen Fragen sowie neun Fragen zu Soziodemographie und Praxiseigenschaften. Gefragt wurde u.a. nach dem Anteil von Generika im eigenen Verordnungsvolumen, Problemen bei der Umstellung und Wünschen zur Verbesserung des Verordnungsprozesses. Die in Erfahrungsberichten immer wieder erwähnten Problemfelder bei der Umstellung waren im Fragebogen vorab formuliert und sollten von den Ärzten in ihrer Relevanz auf einer vierstufigen Likert-Skala („sehr großes Problem“ bis „kein Problem“) eingestuft werden. Der Fragebogen war gemeinsam mit den Teilnehmern des Forschungskurses der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

(DEGAM) im Mai 2000 entwickelt [12] und anschließend mit Göttinger Lehrärzten pilotiert worden.

Studienärzte, die nach 4 Wochen noch nicht geantwortet hatten, wurden mit einem Anruf an die Befragung erinnert und erhielten den Fragebogen erneut. Die Fragebögen wurden nach

Eingang pseudonymisiert, so dass eine Zuordnung zur Praxis und zum KV-Bereich nur durch die Studienleitung möglich war. Die Berechnung absoluter und relativer Häufigkeiten sowie die statistische Prüfung auf Unterschiede mit dem  $\chi^2$ -Test erfolgten mit SAS [13].

### Ergebnisse

Den Fragebogen sandten 195 Ärzte (84%) zurück. Soziodemographische Daten und Praxismerkmale der Ärzte zeigt Tabelle 1.

Fast 60% der Ärzte (114/195) glaubten, dass der Anteil von Generika an allen ihren Verordnungen bei > 50% liege. Ärzte, die von der Gleichwertigkeit von Originalpräparaten und Generika überzeugt waren, schätzten ihren Generikaanteil höher ein (Tabelle 2).

### Schwierigkeiten bei der Umstellung: die Rolle der Patienten

Immerhin 13 von 195 Ärzten berichteten, dass Patienten „häufig“ über

Wirkungsunterschiede oder neue unerwünschte Arzneimittelwirkungen nach Umstellung auf Generika geklagt hätten (Tabelle 3). Wenn auch nur „selten“, erwähnten zumindest 46% bzw. 62% der Ärzte Wirkungsunterschiede bzw. Nebenwirkungen bei ihren Patienten nach Umstellung. Im Freitextfeld wurden vergleichsweise häufig folgende Wirkstoffe als problematisch bei der Umstellung genannt: Metoprolol (19% der Ärzte), ACE-Hemmer (12%), Diclofenac (10%) und Verapamil (10%). Die Gleichwertigkeit von Original und Generikum wurde explizit angezweifelt bei: Metoprolol/Beloc-Zok® (31%), Glibenclamid/Euglucon® (23%) Diclofenac/Voltaren® Dispers (15%), Omeprazol/Antra MUPS® (14%).

### Schwierigkeiten bei der Umstellung: die Rolle der Kollegen

Die Schnittstelle Krankenhaus/Spezialist – Hausarzt bezeichneten die meisten Ärzte als „großes“ oder „sehr großes“ Hindernis bei der Umstellung auf Generika, gefolgt von der Schwierigkeit, die Patienten zu überzeugen (Abbildung 1). Auch die Beratung bzw. eigenmächtige Veränderungen der Verordnungen in Apotheken (z.B. bei der Herausgabe eines anderen Generikums) verursachten z.T. Schwierigkeiten bei der Umstellung, wie 12% der Ärzte berichteten. Gefragt, wie viele Patienten ihrer Praxis Generika grundsätzlich ablehnen, schätzten die Ärzte diesen Anteil im Durchschnitt auf 12% (Range 0–80, Median = 9, SD = 11,3).

### Hilfen bei der Umstellung

Zur Unterstützung beim Rezeptieren nutzen 46% der Ärzte Verordnungslisten aus ihrer Praxis-EDV; 33% arbeiten ausschließlich mit Printlisten. Auf die Frage, welche Verordnungshilfen sie wünschen, nannten 39% der Ärzte eine Patienteninformation zum Thema Generika und 64% ein schriftliches Verordnungsfeedback.

Drei Viertel (142/195) der befragten Ärzte glaubten bilanzierend, dass die erhofften Einsparungen für die Solidargemeinschaft den Aufwand einer Umstellung auf Generika rechtfertigen.

Tabelle 1. Ärztestichprobe (n = 195).

Arzt- und Praxismerkmale	
Alter (Jahre) [m (Range)]	48,4 (31–66)
Ärztinnen (%)	16
Niederlassungsjahre [m (Range)]	10,6 (1–32)
Einzelpraxen (%)	77
Praxisort < 10 000 Einwohner (%)	76
Scheinzahl/Quartal (%)	
• < 500	3
• 500–1 000	48
• 1 000–1 500	25
• > 1 500	24

Tabelle 2. Geschätzte Generikaverordnungen und deren Gleichwertigkeit nach Meinung der Ärzte.

Geschätzter Anteil von Generika an Gesamtverordnungen	Meinung der Ärzte (%)		
	Generika und Originalpräparat sind gleichwertig (n = 127 [65,1%])	Generika und Originalpräparat sind nicht gleichwertig (n = 68 [34,9%])	Alle (n = 195)
< 30%	6,3	16,2	9,7
30–50%	28,4	38,2	31,8
51–75%	44,1	35,3	41,0
> 75%	21,3	10,3	17,4

p = 0,021 (df = 3;  $\chi^2$  = 9,7)

Tabelle 3. Veränderungen nach Umstellung auf Generika (n = 195).

Vom Arzt beobachtete Wirkungsunterschiede nach Umstellung	(%)
Sehr häufig	0,5
Häufig	7,7
Selten	46,2
Fast nie	45,6
Vom Patienten berichtete neue Nebenwirkungen nach Umstellung	(%)
Häufig	10,9
Selten	62,2
Fast nie	26,4
Ohne Angabe	0,5

## ORIGINALARBEIT

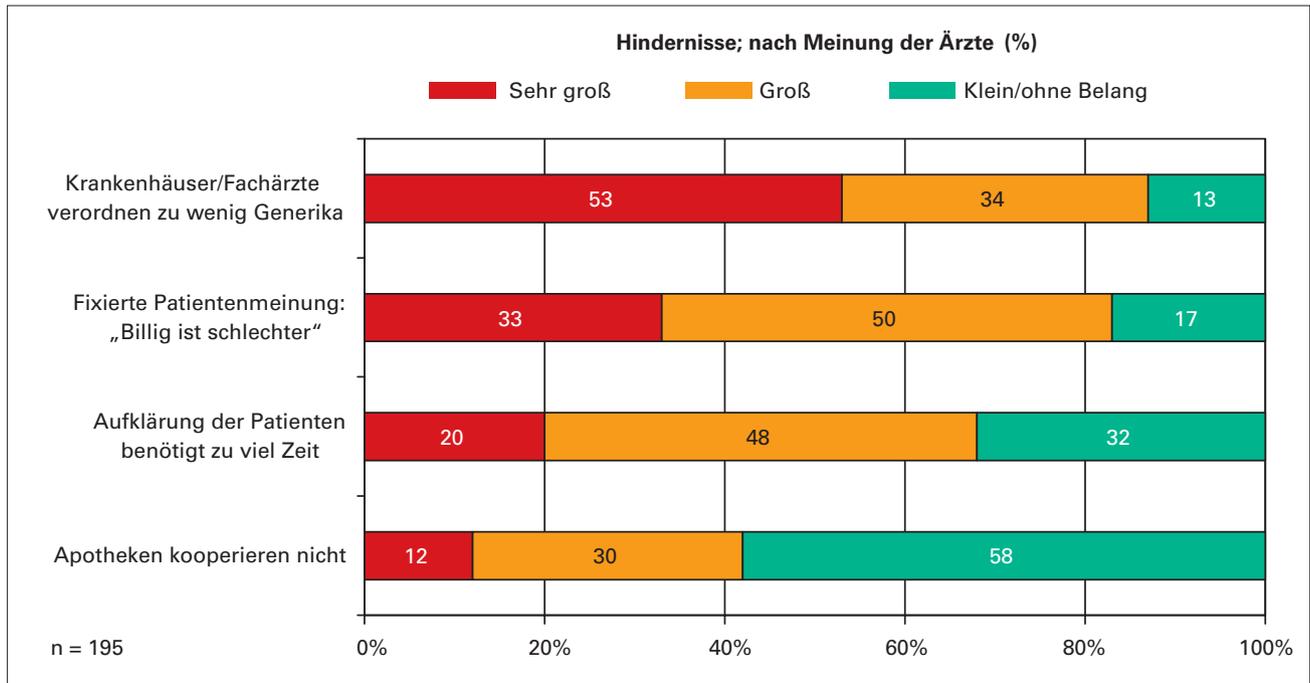


Abbildung 1. Hindernisse für eine Umstellung auf Generika.

**DISKUSSION**

In der vorliegenden Studie wurden anhand eines Fragebogens Erfahrungen und Einstellungen von Hausärzten zur Umstellung von Originalpräparaten auf Generika erhoben. Trotz Problemen vor allem mit Krankenhäusern und einem kleinen Anteil „generikaresistenter“ Patienten empfindet die Mehrzahl der Ärzte den Aufwand der Umstellung schon aus ökonomischen Gründen als sinnvoll und machbar.

**Limitationen**

Zwar wurde der Fragebogen von fast allen Studienteilnehmern beantwortet; die Teilnehmerrate an der Hauptstudie von 16%, bezogen auf die ursprünglich angeschriebenen 1 395 Ärzte, signalisiert jedoch einen möglichen Selektionsfehler. Vermutlich haben mehr Ärzte, die an Generika interessiert sind, teilgenommen, so dass die Gesamtheit von Hausärzten die Umstellung auf Generika etwas negativer einschätzen dürfte.

In der Auswahl unserer Praxen sind ländliche Praxen und Männer überrepräsentiert (Hausärztinnenanteil in unserer Studie: 16%; im Durchschnitt in

Baden-Württemberg: 29%; in Thüringen: 52%). Die etwas geringere Bereitschaft von Frauen zur Studienteilnahme ist auch aus anderen Studien bekannt [14]. Darüber hinaus dürfte der Anteil von Männern in den ländlich geprägten KV-Bezirken unserer Stichprobe (Eichsfeld, Nordhausen [Thüringen], Konstanz, Ortenau [Landkreis Freiburg], Nord-Württemberg und Tübingen) etwas höher als im Bundesdurchschnitt sein.

Die von den Ärzten geschätzten Zahlen zum Anteil der Generika an ihren Gesamtverordnungen deuten den oben erwähnten Selektionsfehler an: Während 58% der Studienärzte ihren Anteil an Generika auf > 50% und 17% der Studienärzte den Anteil sogar auf > 75% schätzten, haben Ärzte im Jahre 2000 tatsächlich nur 49% ihrer Verordnungen als Generika getätigt [15]. Nach Devulder et al. [16] und Denig & Rethans [17] entsprechen die über Fragebogen abgefragten Einschätzungen über eigene Therapiekonzepte oft nicht dem realen Ordnungsverhalten. Nach Analysen englischer hausärztlicher Verordnungsdaten [10] schätzten sich z.B. teuer verordnende Ärzte als eher sparsam ein; dagegen überschätzten ökonomisch bewusste Ärzte ihre Kosten.

**Wirkungsunterschiede bei Generika?**

Die eigene Überzeugung von Ärzten zur Wirksamkeit und Praktikabilität von Generika gilt – selbst wenn sie unbewusst bleibt – als der eigentliche „Angelpunkt“ im Verordnungs- bzw. Umstellungsprozess [11, 18, 19]. Banahan [20] unterscheidet in diesem Zusammenhang zwei „Arzttypen“: den „Verordner“ und den „Verweigerer“. Von diesen Persönlichkeitsmerkmalen hänge es ab, welche Entscheidung jeweils beim Verordnen getroffen würde; die Patientenerfahrungen würden dagegen in den Hintergrund treten. Im Gegensatz dazu zeigen unsere Daten, dass nach Einschätzung vieler Ärzte gerade die Erfahrungen der Patienten, insbesondere bezüglich Wirkungen und Nebenwirkungen von Generika, ein Hemmnis im Umstellungsprozess sind.

Die relativ häufige Erwähnung von Wirkungsveränderungen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach Umstellung auf Generika ist erklärungsbedürftig. So sind Wirkungsveränderungen (z.B. Wirkeintrittsverzögerungen) nur bei sehr wenigen Stoffgruppen in der Literatur beschrieben [21]. Es sind dies u.a. Phenprocou-

mon, Carbamazepin, Glibenclamid, Digoxin und Theophyllin. Genau diese Stoffgruppen aber haben die von uns befragten Ärzte, mit einer Ausnahme, gar nicht als Problemgruppen genannt. Wirkungsveränderungen wären auch deshalb erstaunlich, weil in Deutschland für jedes neu auf den Markt kommende Generikum auch eine erneute Zulassung nötig ist. Dafür müssen prinzipiell die Bioäquivalenz und darüber hinaus die therapeutische Äquivalenz bei Stoffgruppen nachgewiesen werden, bei denen z.B. eine gleichbleibende Anflutungszeit wichtig ist, wie bei Antiepileptika, Antiarrhythmika und Antidiabetika [22, 23].

Wenn dennoch immerhin ein Anteil von ca. 10% der Patienten ihren Ärzten von unerwünschten Wirkungen nach Umstellung auf Generika berichtet, könnte es sich um eine Art „Nozeboeffekt“ handeln. Dieser Effekt beschreibt die paradoxe Situation, in der Patienten über unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei Einnahme eines Placebos berichten. Eine ähnliche Situation läge in der präsentierten Studie insoweit vor, als die Umstellung eines Originalpräparats zu keinen bzw. zu keinen anderen Nebenwirkungen als bisher führen dürfte. Wenn also Patienten dennoch über unerwünschte Wirkungen berichten, könnte es sich ebenfalls um Nozeboeffekte handeln. Sie treten üblicherweise bei erhöhter Aufmerksamkeit auf [24], häufig z.B. dann, wenn ein Medikament aus ökonomischen Gründen gewechselt wurde. Zugleich dürften sich Ärzte an negative Patientenberichte im Sinne eines „memory bias“ besonders oft erinnern [25].

Interessanterweise spiegeln die Berichte der Ärzte die Ergebnisse einer von uns parallel durchgeführten Patientenbefragung [26] wider, in der 12% bzw. 13% der Patienten angaben, neue unerwünschte Arzneimittelwirkungen bzw. eine schlechtere Wirksamkeit im Gegensatz zum Originalpräparat erlebt zu haben. Ob sich hier Erfahrungen ausdrücken, die in bisherigen pharmakologischen Studien nicht entdeckt wurden (und die in gezielten pharmakodynamischen Untersuchungen bei Problempatienten beforcht werden müssten), oder es sich schlicht um „generikafeindliche“ Einstellungen handelt, sollten Befragungen von Patienten

und Ärzten, fokussiert auf eventuelle Unverträglichkeiten von Generika, weiter ausleuchten.

### „Störfaktoren“ der Umstellung

Nach Schätzung der Ärzte waren im Durchschnitt 12% ihrer Patienten grundsätzlich nicht bereit, ein Generikum einzunehmen. In späteren persönlichen Interviews mit einem Teil der Ärzte (Simmenroth-Nayda A, Niebling W, Ledig T, et al. Schwierigkeiten bei der Umstellung auf Generika in der allgemeinärztlichen Praxis, Manuskript in Vorbereitung) wurde dieser Widerstand einiger Patienten gegen Generika noch einmal beklagt. In einer schottischen Praxis [8], in der möglichst viele Medikamente auf Generika umgestellt worden waren, bezeichneten sich 20% der Patienten nach 4 Monaten als „very unhappy“ über diese Umstellung. Die Autoren vermuteten aber, dass dies eher an der mangelnden Kommunikation auf Seiten des Arztes als am Medikament selbst lag, so dass möglicherweise der Anreiz motivierte, die eingesparten Gelder der Praxis zugute kommen zu lassen, und der fast schon übertriebene „Umstellungselan“ auf Kosten der Gesprächsintensität mit den Patienten ging.

Finanzielle Aspekte können aber auch die Motivation der Patienten, Generika einzunehmen, fördern: In einer amerikanischen Studie [27] wurden Patienten über 1 Jahr beobachtet, die als Erstverordnung ein Generikum erhalten hatten. Die Bereitschaft, bei diesem Präparat zu bleiben und es regelmäßig einzunehmen, war um 30% höher als bei Patienten mit einem Originalpräparat, wenn das Generikum für die Patienten finanziell von Vorteil war. Die Erstattungsregelung in Deutschland erlaubte es dagegen bisher nicht, dass Patienten an Einsparungen aufgrund einer generischen Verordnung beteiligt wurden. Die am 1. 7. 2006 eingeführte Liste von zuzahlungsfreien Medikamenten könnte dies erstmals für Patienten deutlich spürbar verändern (obwohl auf dieser Liste zurzeit nur wenige Präparate aufgeführt sind, die für die hausärztliche Pharmakotherapie von Bedeutung sind).

Die Kritik der von uns befragten Hausärzte, andere Fachgruppen wür-

den tendenziell teurere Medikamente verordnen, lässt sich z.T. anhand von Verordnungsdaten belegen: Internisten, Urologen und Neurologen verursachten pro Verordnung z.T. doppelt oder dreifach höhere Kosten [4]. Bijl et al. [28] untersuchten, wie sich Verordnungen in den Niederlanden nach einer hausärztlichen Überweisung zum Internisten und Neurologen veränderten: Die Verschreibungskosten stiegen dort um durchschnittlich 23%, Generika wurden allerdings von den Spezialisten genauso häufig verordnet wie von Hausärzten. Diese Möglichkeit, nämlich Veränderungen der Kosten der hausärztlichen Medikation zu betrachten, steht in Deutschland noch nicht systematisch zur Verfügung. Nur vereinzelt – und dann auch nicht flächendeckend – bieten Institutionen (AOK, KVen) ein praxisbezogenes Feedback zum Verordnungsvolumen an.

Manche Krankenhäuser haben sich inzwischen im Sinne der Qualitätssicherung dazu entschlossen, in Entlassungsbriefen an die Hausärzte Wirkstoffe statt Präparatenamen mitzuteilen. Wie eine Umfrage bei einigen regionalen Klinikapotheken ergab, wird die gesetzliche Abschaffung von Naturalrabatten umgangen und sich damit an der Tendenz von Krankenhäusern, Originalpräparate einzusetzen, möglicherweise wenig ändern. In zweierlei Hinsicht dürfte die Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Schnittstelle auch weiterhin schwierig bleiben:

1. Schon allein aufgrund der hausärztlichen Budgetdeckelung wird nach Krankenhausentlassung häufig ein Wechsel von Präparaten stattfinden, der für Patienten zu Missverständnissen führen kann (Simmenroth-Nayda A, Niebling W, Ledig T, et al. Schwierigkeiten bei der Umstellung auf Generika in der allgemeinärztlichen Praxis, Manuskript in Vorbereitung).
2. Sehr häufig verordnen Krankenhäuser mittlerweile Analogpräparate [29], deren Umstellung in der hausärztlichen Praxis bislang nur gelegentlich stattfindet – mit der Folge einer weiteren Belastung des hausärztlichen Budgets [30].

Diese Situation führt entweder zu einer Belastung des hausärztlichen Budgets oder – bei Umstellung auf Generika

ORIGINALARBEIT

– zu vermeintlichen Diskontinuitäten in der Arzneimittelversorgung.

SCHLUSSFOLGERUNG

Das ökonomische Potential einer Umstellung von Originalpräparaten auf Generika ist noch nicht voll ausgenutzt. Auf Basis neuester Verordnungszahlen kann von einem weiterhin vorhandenen Einsparpotential von 3 Mio. Euro ausgegangen werden [30]. Unsere Befragung hat gezeigt, dass Hausärzte neben dem „Faktor Patient“ das Ordnungsverhalten ihrer Kollegen in Krankenhäusern oder von Spezialisten als problematisch einschätzen. Sind weitere Einsparungen über die vermehrte Verordnung von Generika erwünscht, wäre nach unseren Ergebnissen eine verbesserte Kooperation zwischen Krankenhäusern, Spezialisten und Hausärzten in Zukunft erforderlich; dies würde die Arbeit von Hausärzten effektiv unterstützen. Gleichzeitig ist das Argument vieler Hausärzte, zum Umstellungsgespräch fehle die nötige Zeit, ernst zu nehmen und ihnen nicht die alleinige Last eines ökonomisch so wichtigen Bereichs aufzubürden.

Danksagung

Wir danken allen Ärzten und deren Helferinnen, die sich an der Generikastudie beteiligt haben.

Autorenerklärung

Die Studie ist durch finanzielle Unterstützung der Firma ratiopharm an die Georg-August-Universität Göttingen ermöglicht worden. Vertraglich war vorher festgelegt, dass die Firma keinen Einfluss auf Design, Fortgang und Pu-

blikationen der Studie haben wird. An keiner Stelle sind Produkte oder ein Logo der Firma beteiligt gewesen.

Literatur

1. Becker-Brüser W. Gesundheitsreform behindert rationale Therapie. Z Allgemeinmed 2004;80:23–5.
2. Dietrich S, Hansen H. Therapiehoheit bleibt beim Arzt. Dtsch Ärztebl 2002;99:1576–7.
3. Schwabe U, Paffrath D, Hrsg. Arzneiverordnungs-Report 2004. Berlin–Heidelberg–New York: Springer, 2005:13–6, 156–9.
4. Schwabe U, Paffrath D, Hrsg. Arzneiverordnungs-Report 2005. Berlin–Heidelberg–New York: Springer, 2006:4–19, 191–242.
5. Lagarde L, Lussion-Briset C, Bruhat C, et al. How practitioners view generic drugs: an opinion study from general practitioners in Maine-et-Loire. Therapie 2005;60:67–74.
6. Avery AJ, Wetzels RV, Rodgers S, et al. Do GP's working in practice with high or low prescribing costs have different views on prescribing issues? Br J Gen Pract 2000;50:100–4.
7. Watkins C, Harvey I, Carthy P, et al. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. Qual Saf Health Care 2003;12:29–34.
8. Dowell JS, Snadden D, Dunbar JA. Changing generic formulary: how one fundholding practice reduced prescribing costs. BMJ 1995;310:505–8.
9. Haas JS, Philips KA, Gerstenberger MS, et al. Potential savings from substituting generic drugs for brand-name drugs: medical expenditure panel survey. Ann Intern Med 2005;142:891–7.
10. Ashworth M, Armstrong D, Colwill S, et al. Motivating general practitioners to change their prescribing: the incentive of working together. J Clin Pharm Ther 2000;25:119–24.
11. Avery AJ, Rodgers S, Heron T, et al. A prescription for improvement? An observational study to identify how general practitioners vary in their growth in prescription costs. BMJ 2000;321:276–81.
12. Himmel W, Simmenroth-Nayda A, Niebling W, et al. What do primary care patients think about generic drugs? Int J Clin Pharmacol Ther 2004;43:472–9.
13. SAS Institute. SAS STAT user's guide, 3 vol, version 8. Cary: SAS Institute, 1999.
14. Wetzels D, Himmel W, Heidenreich R, et al. Participation in a quality of care study and consequences for generalizability of general practice research. Fam Pract 2005;22:458–64.
15. Schwabe U, Paffrath D, Hrsg. Arzneiverordnungs-Report 2001. Berlin–Heidelberg–New York: Springer, 2001:730–4.
16. Devulder J, De Laat M, Dumoulin K, et al. Palliative care: knowledge and attitudes of general practitioners. Acta Clin Belg 1997;52:207–10.

17. Denig P, Rethans JJ. Inconsistent prescribing behaviour by physicians. Eur J Gen Pract 1996;2:153–6.
18. Carthy P, Harvey I, Brawn R, et al. A study of factors associated with cost and variation in prescription among GP's. Fam Pract 2000;17:36–41.
19. Hellerstein J. The importance of the physician in the generic versus trade-name prescription decision. J Econ 1998;29:108–36.
20. Banahan BF. A physician survey on generic drugs and substitution. Arch Intern Med 1997;157:2080–8.
21. Gleiter CH, Klotz U, Kuhlmann J, et al. When are bioavailability studies required? A German proposal. J Clin Pharmacol 1998;38:904–11.
22. Petersen KU. Originale und Nachahmer. Med Klin 2000;95:26–30.
23. Krämer G, Schnebel H, Wolf P. Risiken der neuen Aut-ide-m Regelung für die Behandlung mit Antiepileptika. Akt Neurol 2002;29:115–22.
24. Barsky AJ, Saintforth R, Rogers MP, et al. Non-specific medication side effects and the nocebo phenomenon. JAMA 2002;287:622–7.
25. Fyock J, Stangor C. The role of memory biases in stereotype maintenance. Br J Soc Psychol 1994;33:331–43.
26. Simmenroth-Nayda A, Hummers-Pradier E, Bjerrre LM, et al. Umstellung von Originalpräparate auf Generika – eine Pilotstudie. Z Allgemeinmed 2000;76:Kongress-Abstracts:57.
27. Shrank WH, Hoang T, Ettner SL, et al. Prescribing generic or preferred pharmaceuticals improves medication adherence for chronic conditions. Arch Intern Med 2006;166:332–7.
28. Bijl D, Van Sonderer E, Haaijer-Ruskamp FM. Prescription changes and drug costs at the interface between primary and specialist care. Eur J Clin Pharmacol 1998;54:33–6.
29. Himmel W, Kochen, MM, Sorns U, et al. Drug changes at the interface between primary and secondary care. Int J Clin Pharmacol Ther 2004;42:103–9.
30. Glaeske G, Janhsen K. GEK-Arzneimittel-Report 2006. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd 44. St. Augustin: Asgard, 2006.

**Korrespondenzanschrift**  
Dr. Anne Simmenroth-Nayda  
Abteilung Allgemeinmedizin  
Georg-August-Universität  
Humboldtallee 38  
37073 Göttingen  
Telefon (+49/551) 39-2647  
Fax -9530  
E-Mail: [asimmen@gwdg.de](mailto:asimmen@gwdg.de)