



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23

Gerd Glaeske
Katrin Janhsen

unter Mitarbeit von Bernhilde Deitermann und Daniela Repking

Zusammenfassung

GEK-Arzneimittel-Report 2002

Bremen, Schwäbisch Gmünd
Mai 2002

Qualität, Effektivität und Effizienz in der Arzneimittelversorgung verbessern!

Das Jahr 2001 brachte bei den Arzneimittelausgaben gegenüber dem Vorjahr die höchsten Steigerungsraten seit fast 10 Jahren. Im Jahre 2000 wurden in den gesetzlichen Krankenkassen rund 19 Mrd. € für 750 Millionen verordnete Arzneimittel ausgegeben. Im Jahre 2001 sind die Ausgaben auf über 20 Mrd. € angestiegen und liegen erstmals über den Ausgaben für das vertragsärztliche ambulante Honorar.

Unsere eigenen Untersuchungen auf der Basis von Arzneimitteldaten der Gmünder ErsatzKasse (GEK), zeigen,

- dass noch immer zu viel verordnet wird und rund 12,25 € pro Versichertem auf unnötige Arzneimittel mit zweifelhaftem Nutzen entfallen (Einsparpotential 6,2 %),
- dass der Anteil der Generika bei umsatzstarken Wirkstoffen (z.B. Omeprazol, Budesonid, Metoprolol, aber auch der Ersatz von Isosorbidmononitrat durch Isosorbiddinitrat u.a.) weiter erhöht werden könnte (Einsparpotential 6%) und

- dass zu viele neue und teure Arzneimittel angewendet werden, die eine Behandlung gegenüber bereits vorhandenen preisgünstigen Arzneimitteln nicht verbessern und die nicht bei allen Patientinnen und Patienten aus Gründen des therapeutischen Fortschritts verordnet werden müssen. So wird der langwirksame Calcium-Antagonist Nitrendipin als Generikum bei vielen Patienten mit Erfolg eingesetzt, eine grundsätzliche Substitution mit dem neuen und teuren Amlodipin ist nicht erforderlich. (Einsparpotential insgesamt rund 1,0 – 1,5%).

Etwa 13 – 14% der Ausgaben entfallen auf solche Einsparpotentiale, genug finanzieller Spielraum also für die Verordnung von Arzneimitteln, die Vorteile für Patientinnen und Patienten aus therapeutischer Sicht bieten können: Interferone bei Multipler Sklerose oder Hepatitis C, neue Krebsmittel bei Brustkrebs, neue Mittel zur Behandlung von Alzheimer-Demenz oder Schizophrenie und Psychosen. Selbst wenn diese Medikamente konsequent bei Patienten verordnet würden, bei denen diese Mittel notwendig sind, bleiben nach unseren Ergebnissen noch immer etwa 8 - 10% Einsparpotential übrig.

Nicht das Angebot der Arzneimittel „erzwingt“ bereits eine Therapie, zwischen Angebot und Patientenversorgung liegt die Entscheidung der Ärztinnen und Ärzte, die über die Anwendung eines Arzneimittels bestimmen. Diese Experten-Kompetenz liegt offenbar bei eini-

gen Ärzten im Argen, wenn es zu Fehlentwicklungen in der Qualität der Arzneimittelversorgung kommt.

Die all zu einfache Strategie, mehr Geld in das System zu „pumpen“, hat noch nie zu mehr Qualität geführt. Und genau die muß in unserem System verbessert werden – Geld ist vorhanden, es fehlt letztlich an der effizienten Verwendung!

Einzelne Ergebnisse:

- Im Jahre 2001 wurden zu Lasten der GEK insgesamt 10.595.734 Arzneimittelpackungen verordnet und damit 3,7% mehr als im Jahre 2000 (10.215.389). Die Ausgaben der GEK für Arzneimittel stiegen im Jahr 2001 auf 274.072.196,56 € gegenüber den Ausgaben im Jahre 2000 von 242.285.993,45 € um 13,1%.
- Die Mengen der verordneten Packungen sind um 3,7% gegenüber dem Vorjahr angestiegen (von 10,2 Millionen auf 10,6 Millionen), die Ausgaben stiegen aber insgesamt um 13,1% im Schnitt, gemessen an den Ausgaben pro 100 Versicherte sogar um 16,6%, bei den Männern bis zu 18,6%. In absoluten €-Werten: Die GEK musste im Jahre 2001 rund 32 Millionen € mehr ausgeben als im Jahre 2000. Dies deutet auf gestiegene Ausga-

ben pro Packung hin: Im Jahre 2000 lag der Wert noch bei 23,72 € im Jahre 2001 dagegen bereits bei 25,86 €

„Umstrittene“ Arzneimittel

Die „umstrittenen“ Mittel belasten die Ausgaben der GEK nach wie vor in einem merklichen Umfang. Zu diesen Arzneimitteln gehören u.a nicht sinnvolle Kombinationen wie Schmerzmittel mit Vitaminzusätzen, äußerlich anwendbare antiallergisch wirkende Mittel, Pflanzmittel mit Kortisonzusatz, äußerlich aufzutragende Rheuma- und Venenmittel und viele andere Mittel. Auf die umstrittenen Mittel entfallen noch 6,2 % der Ausgaben und rund 12% der verordneten Packungen bei der GEK aus – umgerechnet etwa 12,25 € pro Versichertem. Im Jahre 2000 betrug der Anteil noch 13% resp. 6,9%.

Die Analysen zeigen, wie **unterschiedlich in den verschiedenen KVen der Anteil der sog. umstrittenen Arzneimitteln** nach Kosten und Menge an den Gesamtausgaben in den jeweiligen KV ausfällt. Er reicht – pro 100 Versicherte der GEK – von 4,4% in der KV Berlin und Südwürttemberg bis hin zu 9,9 % in Nordbaden, also zu einem Anteil, der mehr als das doppelte der niedrigsten Werte ausmacht. Diese Befunde sollten zum Anlass genommen werden, insbesondere in KVen mit hohen und über dem Durchschnitt von 6,2% liegenden Anteilen wie in der KV Bayern (7,5%), der KV Nordbaden

(9,9%), der KV Pfalz (7,1%), der KV Saarland (7,0%), der KV Sachsen (6,6%), der KV Südbaden (6,6%) und der KV Westfalen Lippe (6,4%) die Arzneimittelinformation für die Vertragsärztinnen und –ärzte zu intensivieren. In Regionen mit seit langem bewährter pharmakologischer Beratung wie in Hessen, Bremen oder auch Berlin fällt dieser Anteil deutlich geringer aus.

Auffällig sind auch die **Unterschiede in den einzelnen KVen bei einem Vergleich der Ausgaben pro 100 Versicherte**. Im Durchschnitt aller KVen betragen die Ausgaben pro 100 Versicherte 19.716,37 €, sie schwanken aber zwischen 25.572,14 € in Hamburg und 14.829,18 € in Brandenburg. Ohnehin ist auffällig, dass die durchschnittlichen Ausgaben für die GEK-Versicherten in den neuen Bundesländern am niedrigsten liegen und sich damit deutlich von anderen Kassen unterscheiden.

Ähnlich **unterschiedlich sind auch die in den einzelnen KV-Bereichen verordneten Packungsmengen pro 100 Versicherte**. Sie reichen von 943 Packungen in Nordbaden bis zu 545 in Brandenburg. Interessant ist, dass diese Ergebnisse stark mit dem Anteil der „umstrittenen“ Arzneimittel in den einzelnen KV-Bereichen korrelieren. So liegt der Packungs- und Kostenanteil für derart nicht notwendige Arzneimittel in Nordbaden am höchsten, in Brandenburg sind die Werte unterdurchschnittlich. In Nordbaden bekommen 100 Versicherte der GEK 943 Packungen zum Wert von 25.168,28 €. Darunter befinden sich 137,1 Packungen (14,5%) zum Wert von

2.487,28 € (9,9%), die zu den „umstrittenen“ Mitteln gehören. In Brandenburg bekommen 100 GEK-Versicherte 545 Arzneimittelpackungen zum Wert von 14.829,79 € verordnet, davon entfallen 61,2 Packungen (11,2%) und 842,69 € (5,7%) auf die Gruppe der „umstrittenen“ Arzneimittel. Diese Unterschiede sprechen eher dafür, die anbieterunabhängige Information in den KV Bereichen zu verbessern, in denen noch zu viele finanzielle Ressourcen auf unnötige Arzneimittel entfallen. Schließlich hat die GEK keine Veranlassung, den Umsatz und Absatz von überflüssigen Arzneimitteln zu fördern – solche Rationalisierungsreserven, bei der GEK immerhin 17,1 Millionen € oder 6,2% der Gesamtausgaben - sollten sinnvoller für wirklich innovative und nützliche Arzneimittel eingesetzt werden.

Bei einer genaueren Betrachtung der Arzneimittelausgaben für die Patientinnen und Patienten unter den GEK-Versicherten fällt aber die **Asymmetrie der Inanspruchnahme** besonders auf: So entfallen auf nur 3,84% der Versicherten resp. auf 4,87% der ArzneimittelpatientInnen bereits 50% der Arzneimittelausgaben, 80% der Ausgaben auf nur 15,3% der Versicherten resp. 19,38% der ArzneimittelpatientInnen. Diese Asymmetrien legen auch nahe, dass es wirklich der relativ kleine Anteil von wirklich chronisch kranken Patientinnen und Patienten ist, die dauerhaft eine hohe Anzahl von Arzneimitteln einnehmen müssen und daher krankheitsbedingt hohe Arzneimittelausgaben verursachen. Die Steuerung der Inanspruch-

nahme in der Arzneimittelversorgung – wie derzeit in vielen Parteiprogrammen nachzulesen ist – durch erhöhte Selbstbeteiligungen auf der Patientenseite „verbessern“ zu wollen, richtet sich letztlich vor allem gegen die kleine Gruppe von chronisch Kranken und ist nicht mit der sozialen Grundstruktur unseres solidarischen Gesundheitssystems vereinbar.

Die aktuellen Verordnungsentwicklungen machen insbesondere deutlich, warum die Effizienz der Arzneimitteltherapie nur im Zusammenhang mit einer adäquaten und evidenzbasierten Therapie umsetzbar ist. Die Ergebnisse für das Jahr 2001 in der GKV zeigen nämlich, dass die 11,2 % Ausgabensteigerungen gegenüber dem Vorjahr vor allem auf die Verordnung teurer Analogprodukte mit geringem therapeutischen Zusatznutzen zurückgehen.

Die hier vorgelegten Analysen der GEK bestätigen diese ersten Analysen, geben aber zusätzliche Einblicke in die Gründe für die Ausgabensteigerungen. Insgesamt sind die Ausgaben bei der GEK um 13,1% angestiegen – von 242,3 Millionen € auf 274,1 Millionen €, versichertenbezogen um rund 16,6%.

Rund 70 % dieser Steigerung, nämlich 24,4 Millionen €, entfallen auf lediglich 10 Arzneimittelgruppen (siehe Tabelle). In vielen dieser Gruppen werden unnötig teure oder auch nicht-evidenzgesicherte Mittel verordnet – hierdurch ist ein Großteil der auffälligen Steigerungsraten bedingt. Längst nicht alle neuen Arzneimittel bieten auch mehr Effizienz in der Therapie.

Tabelle 4.3: Arzneimittelgruppen mit den höchsten Ausgabensteigerungen im Jahr 2001 im Vergleich zu 2000 (Ausgaben in Euro)

Arzneimittelgruppe (Lauer-Indikationsschlüssel)	2000	2001	Differenz	in %
Immunmodulatoren (33)	10.041.521,21	14.995.007,05	4.953.485,84	49,3%
Antihypertonika (10)	18.809.102,53	21.386.237,14	2.577.134,61	13,7%
Blut und Blutbildung beeinflussende Pharmaka (20)	7.976.779,73	10.410.024,06	2.433.244,33	30,5%
Lipidsenker und Arteriosklerosemittel (41)	12.401.554,64	14.786.141,11	2.384.586,47	19,2%
Magen-Darmwirksame Pharmaka (42)	14.203.824,85	16.545.684,88	2.341.860,03	16,5%
Psychopharmaka (49)	10.982.326,70	13.290.752,20	2.308.425,50	21,0%
Antidiabetika (06)	10.222.111,04	12.377.954,78	2.155.843,74	21,1%
Hormone und ihre Hemmstoffe (31)	17.881.417,97	19.912.675,25	2.031.257,28	11,4%
Antirheumatika / Antiphlogistika (13)	5.431.557,51	7.041.106,39	1.609.548,88	29,6%
Analgetika / Antipyretika (02)	5.581.369,40	7.179.292,94	1.597.923,54	28,6%
Summe	113.531.565,58	137.924.875,80	24.393.310,22	21,5%
Gesamtausgaben GEK	242.285.993,50	274.072.196,56	31.786.203,06	13,1%

Beispielhafte Vorschläge zur finanziellen Entlastung:

- Die Nutzung von **Generika** weiter optimieren, Rationalisierungsmöglichkeiten etwa 6% der Ausgaben (rund 16 – 17 Mio. €). Bei vielverordneten Wirkstoffen mit einem Umsatz von 21,4 Mio. € besteht ein Einsparpotential von 4,3 Mio. €
- Anwendung von **Analogpräparaten** („Me-too“) beschränken: Einsparpotential für die GEK mit qualitativ gesicherten Substitutionen rund 1,6 Mio. € bei einer Verordnungssumme von 3,4 Mio. € für Analogpräparate aus dem Jahr 2000 (46,4%). Insgesamt

samt rund 1,3% (3,5 Mio. €) Allerdings: Mit manchen Analogpräparaten sind Einsparungen gegenüber anderen patentgeschützten Mitteln möglich.

- Stärkere Berücksichtigung von **Ciclosporin-haltigen Generika** in der Gruppe der Immunmodulatoren, maximales Einsparpotential bei der GEK 561 Tsd. €
- In der Gruppe der Antidiabetika Verzicht auf **Insulinanaloga**, deren Evidenz bislang nicht ausreichend belegt ist, und Substitution durch Humaninsuline, u.a. „generische“ Produkte. Maximales Einsparvolumen für die GEK 2,7 Mio. €
- Weitere Förderung von sog. **Re-oder Parallel-Importen** bei noch patentgeschützten Mitteln, obwohl bei einigen Mittel der Anteil bereits relativ hoch ist. (z.B. Zyprexa mit mehr als 45%). Die maximalen Einsparungen zu Gunsten der GEK liegen immerhin bei knapp über einer Million €

Hinweise für mehr Qualitätssicherung

- Verordnungen von **Methylphenidat (z.B. Ritalin)** für Kinder nur durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte (nicht durch Orthopäden, Pathologen oder Laborärzte)vornehmen lassen, den Anstieg der Verordnungsmengen weiter beobachten: Nach unseren Daten könnten – hochgerechnet - 62.500 ganzjährig „versorgt“ werden, auch wenige unter 6 Jahren, mit starken regionalen Schwankun-

gen. Im Jahre 2000 war die verordnete Menge noch für rund 47.000 Kinder ausreichend.

- Zurückhaltung in der Verordnung der **Hormonersatztherapie**
Die verordnenden Ärzte einerseits aber auch die Hormonanwenderinnen müssen sich die Frage gefallen lassen, inwieweit der hohe Einsatz - immerhin beträgt der Anteil der Hormonanwenderinnen in der Altersgruppe der 50-59 jährigen GEK-versicherten Frauen 41% - von estrogenhaltigen Hormonpräparaten zur Behandlung von klimakterischen Beschwerden und zur Prävention von Osteoporose tatsächlich gerechtfertigt ist. Überwiegt der Nutzen tatsächlich die Risiken?
- Zur Behandlung der Magen-Darm-Ulzerationen hat sich längst die sog. **Eradikationstherapie** bewährt, eine Kombinationstherapie aus Protonenpumpeninhibitoren und zwei Antibiotika. Diese evidenzbasierte Therapie wird allerdings noch viel zu selten angewendet, Schätzungen gehen davon aus, dass bei lediglich 15 – 20% der Patientinnen und Patienten diese 7-tägige Therapie verordnet wird. Insofern sind chronisch durchgeführte Therapien bei Magen-Darm-Geschwüren mit Protonenpumpenhemmern wie Omeprazol nicht mehr Therapie der Wahl – die Eradikationstherapie ist trotz der aktuell höheren Kosten ein gutes Beispiel für die Verbesserung der Effizienz: Krankenhausliegezeiten verringern sich, die dauerhafte Therapie mit Magen-

mitteln wird unnötig – die Strategie: „Sparen mit Arzneimitteln und nicht an Arzneimitteln“ wird hier besonders klar.

Die solidarisch finanzierte GKV muß gestärkt werden. Solidarität bedeutet aber auch, überflüssige und nur zweifelhaft wirksame Mittel und Behandlungswege von einer Finanzierung auszugrenzen – die Solidarität ist nicht auf die Finanzierung der Leistungsanbieter gerichtet, sondern auf die Versorgung von Kranken. Dazu gehört auch, neue Arzneimittel frühzeitig vor der Einführung in die GKV einer qualifizierten unabhängigen Prüfung auf Effizienz und therapeutischen Zusatznutzen zu unterziehen („**vierte Hürde**“) und zu prüfen, ob es sich um wirkliche oder nur imitative Innovationen handelt.

Notwendig ist ein Wettbewerb um die Steuerung des Versorgungsbedarfs nach Qualität, Effektivität und Effizienz – denn der würde, auch in der Arzneimittelversorgung vor allem den Kranken nutzen.

Für die AutorInnen: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. (gglaeske@zes.uni-bremen.de)