

Ökonomie in der Praxis

3_2008

■ Serviceblatt für Behandlungsökonomie

Pharmakotherapie
im Alter 2

Paradigmen-
wechsel zum
Thema
Osteoporose 6

Blick über
die Grenzen
Teil 1 –
Deutschland 9

Links und
interessante
Studien 11

Das Öko-Eck:
Pantoprazol 12



Pharmakotherapie im Alter

Im Jahr 2006 waren bei sieben österreichischen KV-Trägern mit insgesamt rund fünf Mio. geschützten Personen etwa ein Fünftel der Anspruchsberechtigten 60 Jahre oder älter. Die medikamentöse Versorgung dieses wichtigen Personenkreises wurde einer Analyse auf Basis der Heilmittelabrechnungsdaten des Jahres 2006 dieser KV-Träger unterzogen.



Heilmittelverordnungen allgemein

Rund 92 Prozent der geschützten Personen älter als 60 Jahre erhielten im Untersuchungsjahr mindestens eine Heilmittelverordnung auf Kosten eines KV-Trägers. Nicht erfasst sind davon Arzneimittel mit einem Kasenspreis unter der Rezeptgebühr, die für nicht-gebührenbefreite Personen verordnet wurden, sowie eine allfällige Selbstmedikation. Die **Heilmittelkosten**, die **für Patienten ab 61 Jahren** ausgegeben wurden, betragen rund **675 Millionen Euro**. Daraus abgeleitet betragen die durchschnittlichen Kosten im Jahr 2006 pro Patient 715,48 Euro. Im Mittel wurden für einen Patienten 39 Packungen auf Kosten der österreichischen Krankenversicherung rezeptiert.

Wirkstoffe

Bedingt durch die Multimorbidität älterer Patienten - durchschnittlich treten bei den über 70-Jährigen drei bis

neun Erkrankungen auf (1) – kommt es bei evidenzbasierter Therapiewahl oftmals zur Polypharmakotherapie. In der internationalen Literatur wird die Anzahl der Patienten über 65 Jahren die mindestens fünf verschiedene Medikamente pro Woche einnehmen mit > 40 Prozent angegeben. 12 Prozent nehmen wöchentlich zehn Medikamente und mehr ein (2).

Im Vergleich dazu wurden bei rund 30 Prozent der Anspruchsberechtigten über 60 Jahren ein bis vier verschiedene Wirkstoffe verordnet, 26 Prozent erhielten fünf bis acht Wirkstoffe, 17 Prozent neun bis zwölf und 19 Prozent 13 Wirkstoffe und mehr. Innerhalb der einzelnen Altersdekaden sah die Verteilung so aus, dass die Anzahl der verordneten Wirkstoffe mit dem Alter zunahm: Bei den 61- bis 70-Jährigen erhielten 13 Prozent ≥ 13 und mehr Wirkstoffe, und in der Altersgruppe über 90 Jahren waren es bereits 29 Prozent (siehe Abbildung 1).

Verteilung der Anzahl der Wirkstoffe (WS) nach Alter

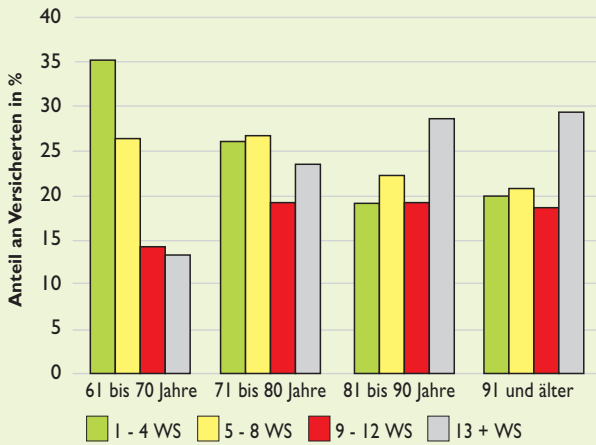


Abb. 1

Die Detailanalyse der verordneten Wirkstoffe ergab, dass die meisten Verordnungen aus dem kardiovaskulären Bereich stammten. Ebenfalls sehr häufig wurden

Die 20 am häufigsten für Patienten über 60 Jahre verordneten Wirkstoffe

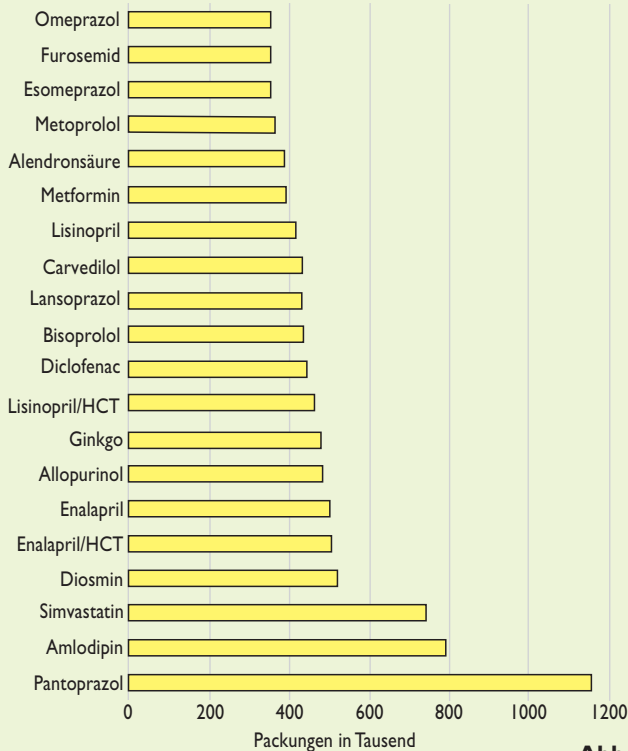


Abb. 2

Protonenpumpenhemmer, nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), Antidiabetika und Allopurinol verordnet (siehe Abbildung 2).

Des Weiteren wurde ermittelt, wie viele Patienten Wirkstoffe verordnet bekamen, die laut **Beers-Liste** kritisch zu bewerten sind. Bei der Beers-Liste handelt es sich um eine Aufstellung von Wirkstoffen, die bei älteren Patienten vermieden werden sollten, weil sie z. B. ein höheres Potenzial für schwerwiegende Arzneimittel-Nebenwirkungen oder eine ungünstige Pharmakokinetik (z. B. Erhöhung der Sturzgefahr durch langwirksame Benzodiazepine) aufweisen. Sie wurde 1991 in den USA entwickelt und im Laufe der Jahre mehreren Aktualisierungen sowie Anpassungen an den deutschen bzw. österreichischen Arzneimittelmarkt unterzogen (2, 3, 4). Zu den in dieser, für Österreich adaptierten Liste (4) angeführten Substanzen gehören die Benzodiazepine, Clorzepam, Diazepam, Lorazepam, Oxazepam und Triazolam. Im Jahr 2006 wurden von diesen rund 311.000 Packungen für Patienten über 60 Jahren verordnet, wobei zu beachten ist, dass der Kassenpreis vieler Benzodiazepin-Präparate unter der Rezeptgebühr liegt und daher nur für gebührenbefreite Patienten von der Sozialen Krankenversicherung erstattet wird. Im Bereich der Herz-Kreislaufmittel sind unter anderen Digoxinderivate, der Alphablocker Doxazosin und der Calciumantagonist Nifedipin für alte Menschen unangebracht. Bei den untersuchten KV-Trägern wurden für die betreffenden Altersgruppen rund 360.000 Packungen verordnet. Unter den Antidepressiva sollten Fluoxetin- und Amitriptylin-hältige Präparate gemieden werden, von denen rund 135.000 Packungen verordnet wurden. Bei den NSAR sind Indometacin, Naproxen und Piroxicam für ältere Patienten ungeeignet. Von diesen Substanzen wurden insgesamt rund 74.000 Packungen abgegeben. Insgesamt machten die Verordnungen der genannten Wirkstoffe 2,4 Prozent aller für die untersuchten Altersgruppen verordneten Packungen aus.

Dosierung

Bei etwa sieben Prozent aller auf dem Markt befindlichen Arzneimittel enthält die Fachinformation Hinweise, dass die Dosierung bei Patienten mit höherem Lebensalter angepasst werden muss (5). Diese Notwendigkeit basiert unter anderem darauf, dass es mit zunehmendem Alter zu einer Reduktion des Gesamtkörperwassers sowie der Plasmaproteine und zu einer relativen

Zunahme des Körperfetts kommt. Dadurch verändern sich die Verteilungsvolumina von Arzneimitteln: Bei lipophilen Arzneistoffen wie Amoxicillin, Diazepam, Chlordiazepoxid, Nitrazepam und Furosemid verlängert sich dadurch die Wirkungsdauer, weil die Aufnahme in die Fettdepots des Körpers verstärkt wird. Die Wirkstoffspiegel im Gewebe sind erhöht, die Plasmaspiegel hingegen vermindert. Durch die Abnahme des Körperwassers kommt es hingegen zu einer Wirkungsverstärkung von hydrophilen Wirkstoffen (z. B. Digoxin, ACE-Hemmer, L-Thyroxin). Da sich ab dem 40. Lebensjahr die glomeruläre Filtrationsrate jährlich um rund ein Prozent verringert, müssen gerade bei älteren Patienten jene Wirkstoffe, die primär renal ausgeschieden werden (z. B. Captopril, Cefuroxim, Lithium, Theophyllin), niedriger dosiert werden. Da die Perfusion und die Stoffwechselleistung der Leber im Alter abnehmen, muss die Dosierung von vornehmlich hepatisch eliminierten Wirkstoffen wie Benzodiazepinen, Betablockern und Fentanyl reduziert werden (6).

Bei der Berechnung der **durchschnittlichen DDD's pro Patient** (Defined daily dose, von der WHO publizierte definierte Tagesdosen, auf Basis deren nationale und internationale Vergleiche des Arzneimittelverbrauchs möglich sind) anhand der Daten der österreichischen KV-Träger fielen relativ hohe Dosierungen bei den Wirkstoffen Ramipril (507 DDD's/Patient), Glimepirid (379 DDD's/Patient) und Moxonidin (352 DDD's/Patient) auf. Bei den Protonenpumpenhemmern ging die durchschnittliche Therapiedauer von zwischen 13

und 19 Wochen pro Patient entweder wesentlich über die in A&V Magenkrank empfohlenen Fristen hinaus und/oder der Großteil der Patienten erhielt bei Leitlinien-adäquater Behandlungsdauer die Maximaldosis anstelle der empfohlenen Tagesdosis.

Wechselwirkungen

Mit der Anzahl der verordneten Wirkstoffe steigt das Risiko von Arzneimittel-Wechselwirkungen. Außerdem findet man bei älteren multimorbiden Patienten häufiger Krankenhausaufenthalte, die einen Abgleich der Entlassungsmedikation mit der vor der Aufnahme bestehenden Therapie durch den Hausarzt notwendig machen. Im Jahr 2003 wurde in den USA bei 421 Patienten im Alter von ≥ 65 Jahren, die aus einer Notfallklinik entlassen wurden, die Entlassungsmedikation untersucht: Bei 12,6 Prozent der Patienten wurden Arzneimittel-Wechselwirkungen festgestellt. Die häufigsten Interaktionen konnten zwischen Antihypertensiva bzw. Diuretika und NSAR festgestellt werden (7). In der Folge wurden die Daten der sieben KV-Träger im Hinblick auf drei potenzielle, im Austria Codex-Interaktionsprogramm der Österreichischen Apotheker-Verlagsgesellschaft als mittelschwer klassifizierte Arzneimittel-Wechselwirkungen ausgewertet. Die gemeinsame Verordnung der Interaktionspartner musste dabei im Untersuchungszeitraum über mindestens zwei Monate erfolgt sein. Weiters wurde analysiert, ob die zur Interaktion führenden Arzneimittel vom selben Arzt oder von unterschiedlichen Medizinern verordnet wurden, wobei sich herausstellte, dass

Die Interaktions-bezogene Analyse der Daten brachte folgende Ergebnisse:

Interaktionspartner	Ergebnis der Interaktion	Anz. der betroffenen Patienten (VO vom selben Arzt)	Anz. der Ärzte mit Verordnung von beiden Interaktionspartnern
ACE-Hemmer/AT II-Antagonist + kaliumsparendes Diuretikum	Hyperkaliämie und in weiterer Folge Parästhesien, Muskelschwäche, Diarrhoe, Bradykardie, EKG-Veränderungen, evtl. Herzstillstand	15.174	3.295
ACE-Hemmer + NSAR (oral, rektal, parenteral)	verminderte blutdrucksenkende Wirkung; erhöhtes Risiko für Nierenfunktionsstörungen	49.721	3.631
Metoprolol + Paroxetin	verstärkte Wirkung von Metoprolol und in der Folge Bradykardie und Hypotonie	957	794

Tabelle I

bei zwischen 89 und 93 Prozent der betroffenen Patienten die Verordnungen vom selben Arzt veranlasst wurden (Tabelle 1). Die Untersuchung war dadurch limitiert, dass aus den Heilmittelabrechnungsdaten nicht ableitbar ist, ob der Patient die von ihm in der Apotheke abgeholten Arzneimittel auch tatsächlich eingenommen hat und ob bzw. wie der verschreibende Arzt auf eine mögliche Interaktionen reagiert hat (z. B. durch engmaschige Kontrollen oder Dosisreduktion).

Verbesserungspotenziale

Anhand der vorliegenden Ergebnisse der Analyse der Heilmittelabrechnungsdaten von sieben österreichischen KV-Trägern konnten mögliche individuelle Verbesserungspotenziale in der Pharmakotherapie älterer Patienten vor allem hinsichtlich der Anzahl der verordneten Arzneimittel, der Auswahl der Wirkstoffe und der Vermeidung von Interaktionen aufgezeigt werden.

Red

Vorschläge zur Verbesserung der Pharmakotherapie älterer Patienten (2, 6):

- **Erwägung von nicht-medikamentösen Therapieoptionen**
- **Weniger ist mehr: Wenn immer möglich nicht mehr als drei Wirkstoffe gleichzeitig verordnen**
- **Zu Therapiebeginn langsam und mit niedriger Dosis auftitrieren: „Start low and go slow“**
- **Sowohl Anzahl der Medikamente als auch deren Dosierung möglichst niedrig halten**
- **Bei neuen Symptomen zunächst immer an eine mögliche Arzneimittel-Neben-/Wechselwirkung denken**
- **Regelmäßige Überprüfung der Medikation auf ihre Notwendigkeit hin (alle sechs bis zwölf Monate und bei jeder Änderung) und gegebenenfalls Absetzen; keine gewohnheitsmäßigen Dauertherapien**
Vermeidung von Arzneistoffen, die laut Beers-Liste für ältere Patienten nicht geeignet sind
- **Beachtung von Wechselwirkungen, v. a. mit NSAR, Antihypertensiva, Allopurinol, Theophyllin und Neuroleptika**
- **Besondere Beachtung der Compliance**

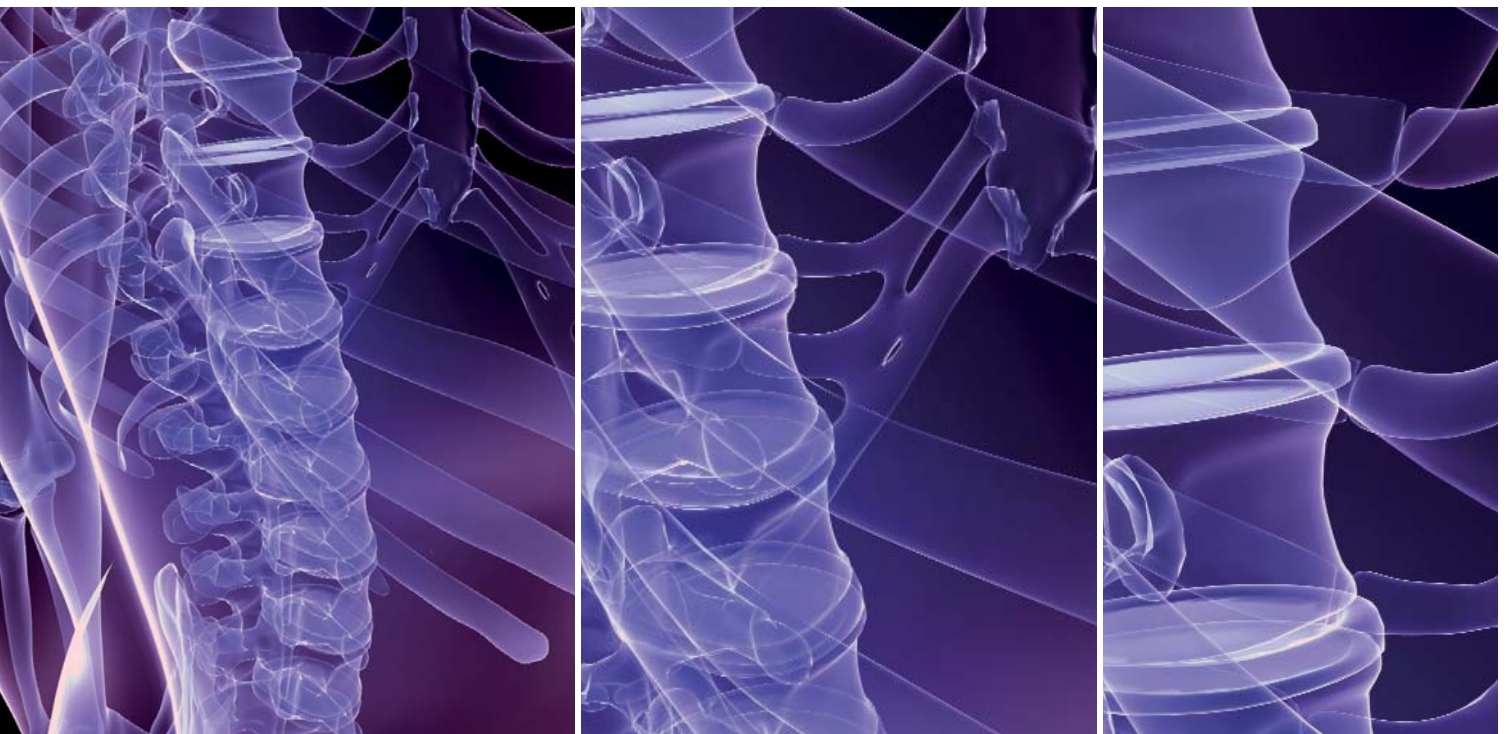
Literatur:

- (1) Frühwald T.: Pharmakotherapie im Alter - Das Dilemma der Evidenz-basierten Medikation; HTA-Newsletter 49 (2006); Online im Internet: http://lhta.lbg.ac.at/delnewsletter_archive.php?iMenuID=63&iYear=2006 (Zugriff am 12.6.2008)
- (2) Pham C. B.; Dickman, R. L.: Minimizing Adverse Drug Events in Older Patients; American Family Physician 76 (2007), 12, 1837 – 1844
- (3) Schwalbe O. et al.: Die Beers-Liste, Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten 30 (2007), 7, 244-248
- (4) Dückelmann C. et al.: Pharmakovigilanz – Ein Handbuch über Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen (2008), S. 60
- (5) Heyn G.; Arzneimittel im Alter – Dosierungen häufig zu hoch; Pharmazeutische Zeitung online; Online im Internet: www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=2696&type=4 (Zugriff am 12.6.2008)
- (6) Bergert F. W. et al.: Hausärztliche Leitlinie „Pharmakotherapie im Alter“; Version 1.07 vom 18. April 2007; Online im Internet: http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/alte_11.pdf (Zugriff am 12.6.2008)
- (7) Hastings S. N. et al.: The Quality of Pharmakotherapy in Older Veterans Discharged From the Emergency Department or Urgent Care Clinic; J. Am. Geriatr. Soc. 55 (2007), 9, 1339 - 1348

Paradigmenwechsel zum Thema Osteoporose

Die Leitlinien des Dachverbandes deutschsprachiger osteologischer Gesellschaften (DVO) wurden 2006 und 2007 adaptiert.

Prävention und Therapie der Osteoporose sind lebensbegleitende Interventionen mit unterschiedlichen, zeitlich versetzten Maßnahmen. Ausgewogene Ernährung mit ausreichender Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr, genügend Sonnenlicht (30 Min./d) und körperliche Aktivität sind als Prävention und Therapie der primären Osteoporose in den jüngeren Jahren zu sehen, genauso wie die Reduktion der Risikofaktoren exzessiver Nikotin- und Alkoholkonsum.



Leider hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Praxis durchgesetzt, wonach in erster Linie oft technische Befunde therapiert werden und nicht das klinische Bild. Die klinische Relevanz wird oft zurückgedrängt bzw. missachtet. Im Gegensatz zur Prophylaxe anderer Erkrankungen wird mit der kontinuierlichen Umsetzung der Basismaßnahmen bei der Osteoporose das aktuell vorhandene Risiko optimal gesenkt.

Die Knochendichtemessung mittels DXA ist altersabhängig erst nach Anamnese, Risikofaktorerhebung und klinischem Befund als technische Diagnosesicherung zu setzen, fallweise ergänzt durch weitere Radiologie- und

Laboruntersuchungen, wobei heute folgende Indikationen gelten:

- Frauen ab dem 65. Lebensjahr
- Männer ab dem 70. Lebensjahr

Gründe für frühere DXA Messungen sind:

- Erwachsene mit einer Fragilitätsfraktur
- Erwachsene mit Erkrankungen, die mit niedriger Knochendichte oder raschem Knochenabbau verbunden sind
- Erwachsene mit einer Medikation, die den Knochenabbau beschleunigt

- Zusätzliche Risikofaktoren sind BMI<20, multiple Stürze und Immobilität
- Die Risikocheckliste soll auch geringe Sonnenexposition, einen späten Eintritt in die Pubertät, langes Stillen, unregelmäßigen Zyklus, keine Hormontherapie bei Ovariectomie und frühe Menopause (<45a) berücksichtigen

Zu den **prädisponierenden Erkrankungen und Medikationen** mit unterschiedlicher Wertigkeit zählen Hyperthyreose, COPD/Asthma, rheumatoide Arthritis, Autoimmunerkrankungen, Leberzirrhose, Niereninsuffizienz, Nierensteine, Magenresektion, entzündliche Darmerkrankungen, Laktoseintoleranz, Hypogonadismus, Hyperkalziurie, und bestimmte Karzinome sowie die Therapien mit Cortison, Zytostatika, Antiepileptika, Antikoagulantien, Antiöstrogenen, Antiandrogenen und Immunsuppressiva.

Laut **WHO** ist die **Osteoporose definiert** mit einem T-Score <minus 2,5. Ist die Osteoporose diagnostiziert, ist als Basistherapie für die Sicherstellung der Zufuhr an Kalzium (bis 1500 mg/d) und Vitamin D (400-800 IE/d) zu sorgen. Für eine weitere spezifische medikamentöse Therapie (Biphosphonate, SERMS, Strontiumranelat, Teriparatid, Calcitonin) der Osteoporose sind folgende Kriterien zu beachten.

- Alter
- Geschlecht
- Menopause-Status
- Osteoporosestadium (asymptomatisch-präklinisch gegen manifest mit eingetretenen Frakturen)
- Dynamik des Knochenmineralverlustes
- Begleiterkrankungen und ihre Therapien

Die spezifischen Therapien sind einzusetzen, wenn das Frakturrisiko steigt. Nicht der T-Wert ist entscheidend, sondern T-Wert plus Risikoprofil. Dies trifft in der Regel bei Frauen nach dem 65. (Männer 70.) Lebensjahr zu.

In den letzten Jahren wurden daher jüngere Personen übertherapiert und ältere untertherapiert. Die frühe Übertherapie mündet, weil erfolglos, in eine geringere Compliance im Alter. Bei unter 60 (70)-jährigen Frauen (Männern) ist die spezifische Therapie bei einem T-Wert <-4 einzusetzen.

Die empfohlene **Basisdiagnostik** bestehend aus

Anamnese, klinischem Befund und DXA soll bei folgendem Risikoprofil eingesetzt werden:

Basisdiagnostik

Frau	Mann	Risikoprofil
50 – 60a	60 – 70a	Wirbelkörperfraktur Periphere Fraktur als Einzelfallentscheidung
60 – 70	70 – 80a	Wirbelkörperfraktur Periphere Fraktur Proximale Femurfraktur eines Elternteiles Untergewicht Nikotin- und Alkoholabusus Multiple Stürze Immobilität
> 70 a	> 80 a	Lebensalter als Risiko ausreichend

Für die Abklärung des Sturzrisikos und der Mobilität stehen mit dem „timed up&go Test“ und „chair rising Test“ (www.lutherhaus.de/dvo-leitlinien, Seite 11) einfache Untersuchungen zur Verfügung.

Eine **spezifische medikamentöse Therapie ohne eingetretener WK-Fraktur** wird heute nur bei folgenden T-Score Werten empfohlen:

Alter		T-Wert				
Frau	Mann	-2,0 bis -2,5	-2,5 bis -3,0	-3,0 bis -3,5	-3,5 bis -4,0	>-4,0
50-60	60-70	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
60-65	70-75	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
65-70	75-80	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
70-75	80-85	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
>75	>85	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Nur bei bereits eingetretener WK-Fraktur ist die sofortige Therapie wichtig, um das erhöhte Risiko für Folgefrakturen zu reduzieren.

Die **Dauer** der medikamentösen spezifischen Therapie soll drei bis fünf Jahre betragen. Zur Bewertung des medizinischen Therapieerfolges ist die DXA nur

bedingt tauglich, insbesondere in den ersten zwei Jahren.

Die Grundlage zur Therapieentscheidung ist auch gegeben, wenn das 10-Jahres-Frakturrisiko > 30 % beträgt. Die genaue Berechnung ist schwierig, da die einzelnen

Risikofaktoren verschieden zu gewichtet sind. Aus den folgenden beiden Tabellen ist ersichtlich, dass bei reduziertem T-Score das Frakturrisiko altersabhängig und dadurch fallweise nicht erhöht ist, weshalb eine weitere Therapie, und unter Umständen auch die DXA-Diagnostik, bei jüngeren Patienten nicht indiziert ist.

10-Jahres-Frakturrisiko

Das 10-Jahres-Frakturrisiko (in Prozent) beträgt ohne Berücksichtigung der Risikofaktoren nur auf dem T-Score basierend:

T-Score	Männer					Frauen				
	0	-1	-2	-3	-4	0	-1	-2	-3	-4
Alter										
50	0,2	0,6	1,9	5,5	15,4	0,2	0,4	1,1	2,8	7,0
60	0,3	0,8	2,2	6,0	16,0	0,4	1,0	2,7	7,1	17,9
70	0,6	1,8	4,8	12,9	31,6	0,7	1,9	5,3	14,1	34,6
80	1,1	2,9	7,7	19,2	41,7	0,8	2,4	6,8	18,6	43,6

Neben Alter und Geschlecht erhöht jeder zusätzliche Risikofaktor das Frakturrisiko um das 1,5 bis 2-fache. Für Nikotin und Alkohol ist die Gewichtung etwas niedriger anzusetzen.

IST-Situation der Versorgung mit oralen Osteoporosemedikamenten

Die spezifische medikamentöse Therapie soll jenen PatientInnen angeboten werden, die das höchste Frakturrisiko haben. Dies betrifft vor allem Männer über 70 Jahre und Frauen über 60 bis 65 Jahre. Die Realversorgung der bundesweiten Apothekenabrechnungsdaten des 1. Quartals 2008 zeigt, dass jede vierte Verordnung von Raloxifen, Alendronat oder Risedronat für PatientInnen erfolgt, die unter 65 Jahre sind (Abb. 1).

Auffällig ist der Unterschied des Verordnungsanteils der unter 65-jährigen PatientInnen in Abhängigkeit von der Fachgruppe. Jede zweite Verordnung eines Facharztes für Gynäkologie entfällt auf unter 65-jährige Patientinnen (Abb. 2). *Red.*

Literatur:

Dachverband Deutschsprachiger Wissenschaftlicher Gesellschaften für Osteologie: *Evidenz-basierte Konsensus-Leitlinien zur Osteoporose*

Online im Internet: www.lutherhaus.de/dvo-leitlinien (Zugriff am 22. 9. 2008)

Verordnungsverteilung nach Patientenalter

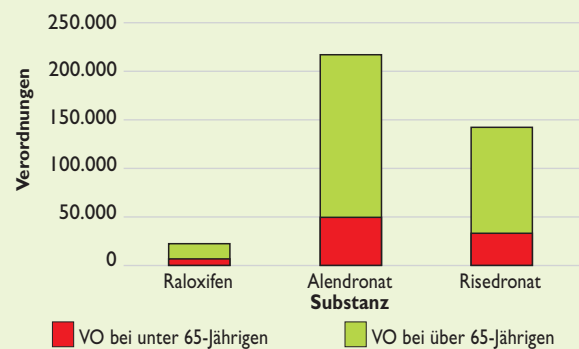


Abb. 1

Verordnungsanteil abhängig von der Fachgruppe

Anteil der Verordnungen bei unter 65-jährigen

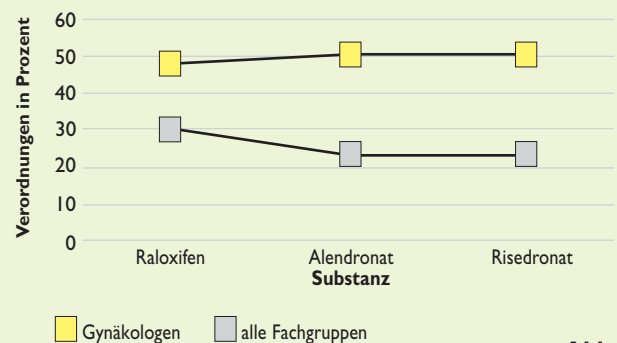


Abb. 2

Blick über die Grenzen

Teil I – Deutschland

Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland gaben laut Arzneiverordnungsreport 2007 im Jahr 2006 rund 26 Milliarden Euro für Arzneimittel aus. Die stark steigende Kostenentwicklung bei Arzneimitteln hat so wie in Österreich auch in unserem Nachbarland im Laufe der Jahre zu zahlreichen, allerdings meist nur kurzfristig erfolgreichen Kostendämpfungsmaßnahmen geführt.



Einzelne Kostendämpfungsmaßnahmen in Deutschland

■ Aut-idem

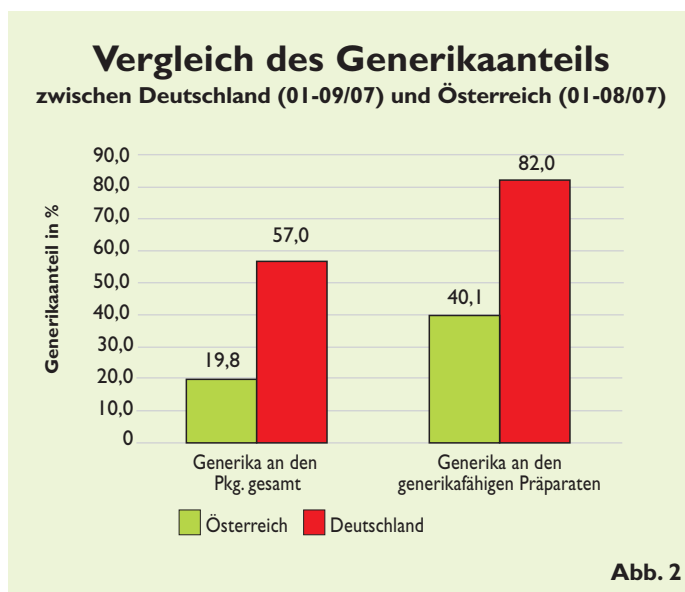
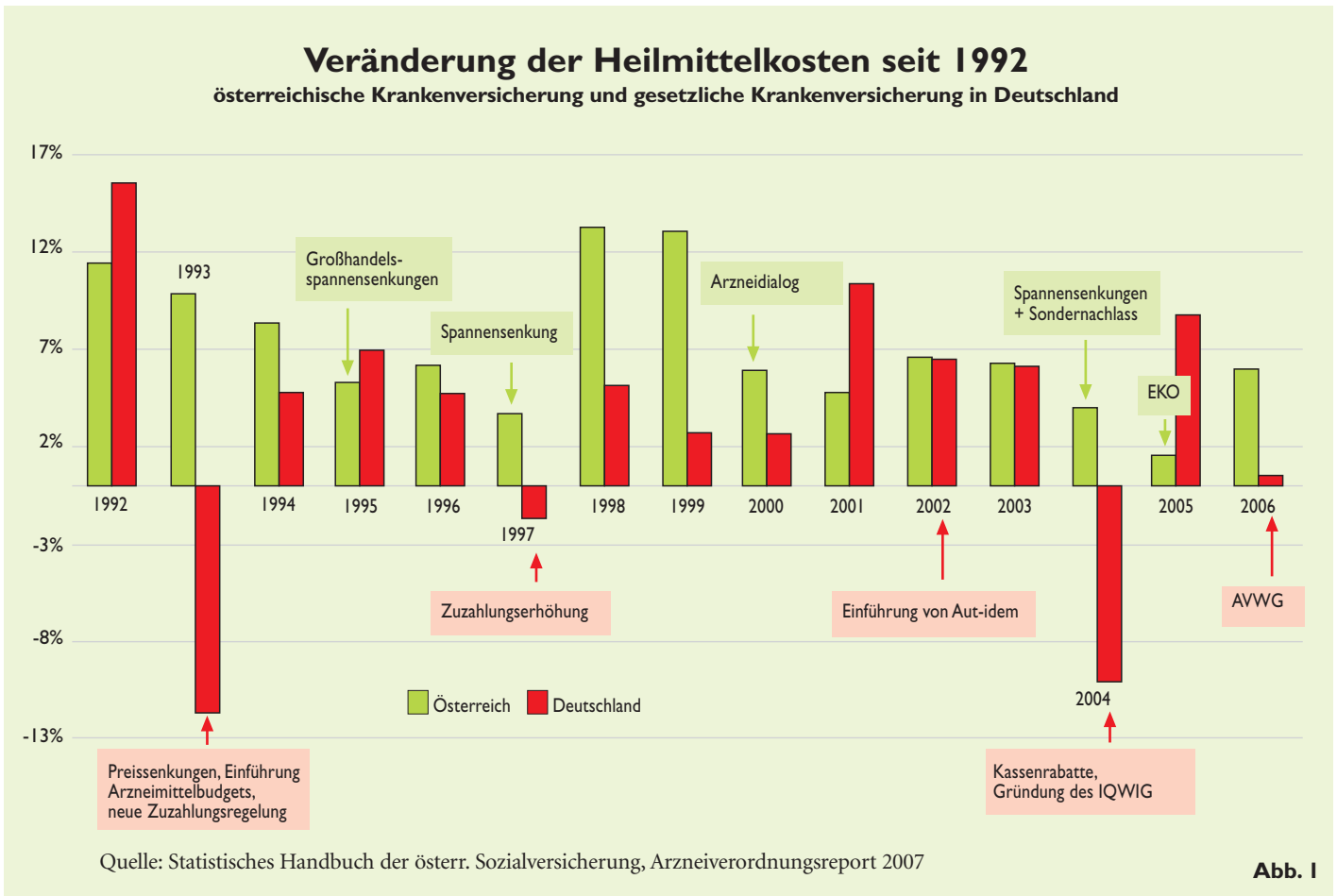
Die Aut-idem-Regelung wurde Mitte 2002 eingeführt und verpflichtet den Apotheker, statt des verordneten ein preisgünstigeres vergleichbares Arzneimittel abzugeben. Die Substitutionsverpflichtung gilt dann nicht, wenn der Arzt selbst ein preisgünstiges Arzneimittel verordnet oder einen Austausch auf dem Rezeptblatt ausdrücklich ausgeschlossen hat.

Die Vergleichbarkeit ist gegeben, wenn Wirkstärke, Darreichungsform und Packungsgröße sowie zugelassener Indikationsbereich identisch sind. Als preis-

günstig gilt ein Arzneimittel dann, wenn sein Preis im unteren Drittel der Preisdifferenz zw. den Durchschnitt der drei billigsten und der drei teuersten wirkstoffgleichen Präparate liegt. Der Arzt kann entweder den Wirkstoffnamen oder den Namen des Präparates rezeptieren (Abb. 2, Seite 10).

■ Preisvereinbarungen

Die Einführung des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) im Frühjahr 2006 ermöglichte es nun den Krankenversicherungsträgern, mit den Pharma-Anbietern spezielle Rabattverträge für einzelne Wirkstoffe abzuschließen. Eine größere Wirkung erhielten diese Rabattverträge durch



das im Jahr 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, dem zufolge Apotheken nur noch Packungen der Rabattpartner abgeben dürfen,

sofern der Arzt Aut-idem nicht ausdrücklich ausgeschlossen hat. Dies hatte zur Folge, dass einzelne Präparate binnen kürzester Zeit die Hälfte ihres Umsatzes einbüßten und gleichzeitig andere Anbieter explosionsartig gewachsen sind.

Als Schwachstellen dieser Regelung werden die Preiskämpfe, bei denen nur wenige Anbieter überleben werden, und das durch die jeweils von den einzelnen Kassen getroffenen, teilweise sehr unterschiedlichen Vereinbarungen immer komplizierter und unüberschaubarer werdende System angeführt. Außerdem sind bislang nur wenige patentgeschützte Medikamente miteinbezogen, die den Großteil des Budgets verschlingen, da hier weder staatliche Preisgrenzen noch Konkurrenz bestehen.

■ Arzneimittelvereinbarungen

Zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen werden jährlich prospektiv Arzneimittelvereinbarungen

getroffen. Die Rahmenvorgaben dafür werden auf Bundesebene festgelegt: So darf die Heilmittelkostensteigerung im Jahr 2008 bundesweit nicht mehr als 4,1 Prozent betragen. Weiters wurden (Verordnungs- und Umsatz-)Quoten von kostengünstigen Leitsubstanzen in 12 verordnungstarken Arzneimittelgruppen festgelegt, um den Ärzten eine Orientierungsmöglichkeit bei der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu bieten.

Auf Basis dieser bundesseitigen Vorgaben legen dann die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen landesspezifische Wirtschaftlichkeitsziele zu den einzelnen Leitsubstanzen fest.

■ Richtgrößenvereinbarungen

Ebenso werden jährlich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen Richtgrößen vereinbart: Es handelt sich dabei um fachgruppenspezifische Durchschnittswerte für die Verordnung von Medikamenten pro Jahr, Patient und Altersgruppe. Arzneimittel zur Behandlung schwerer oder chronischer Erkrankungen wie z. B. Zytostatika, Immunsuppressiva, Zytokine, Immunglobuline, Hypophysen- und Hypothala-

mushormone, Sexualhormone und deren Hemmstoffe sowie Virustatika werden davon ausgenommen. Darüber hinaus können die Ärzte einen überdurchschnittlich hohen Anteil an „teuren“ Patienten als Praxisbesonderheit geltend machen. Die Vereinbarung einer spezifischen Richtgröße für die einzelne Praxis ist somit möglich.

Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Verordnungsweise erfolgt durch so genannte Prüfausschüsse, die sich aus Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen in gleicher Stimmenzahl zusammensetzen. Bei Überschreitungen der Richtgrößen um mehr als 25 Prozent muss der Arzt den Mehraufwand zurückerstatten, sofern ihm nicht der Nachweis einer ursächlichen Praxisbesonderheit gelingt.

Red.

Erfolgreiche Modelle, die die Finanzierung unseres Gesundheitssystems erleichtern, sollten nicht a priori negiert werden. Die Entwicklung in Deutschland sollte daher genau beobachtet werden.

Links und interessante Studien

■ FDA Advisory Committee Recommends Cardiovascular Safety Studies for Diabetes Drugs

Nachdem große klinische Endpunktstudien auf eine erhöhte Mortalität unter Therapie mit neueren Antidiabetika hinweisen, empfiehlt die FDA die Durchführung von weiteren Studien zur Anwendungssicherheit dieser Substanzen.

<http://www.medscape.com/viewarticle/577059>

■ Have glitazones lost their sparkle?

Im Editorial des Australian Prescriber werden die "Probleme" der Glitazone zusammengefasst: Erhöhung der Herzinfarktrate um 43% und der Sterblichkeit um 64%. Auch wenn es kritische Kommentare zur Studienmethodik der angeführten Quellen gibt und die Bewertung der Glitazone als Klasseneffekt fraglich ist, sollten andere Therapieoptionen bevorzugt werden.

<http://www.australianprescriber.com/upload/pdf/articles/955.pdf>

■ USPSTF Recommends Against Prostate Cancer Screening in Men 75 Years or Older

Ann Intern Med. 2008;149:185-191, 192-199

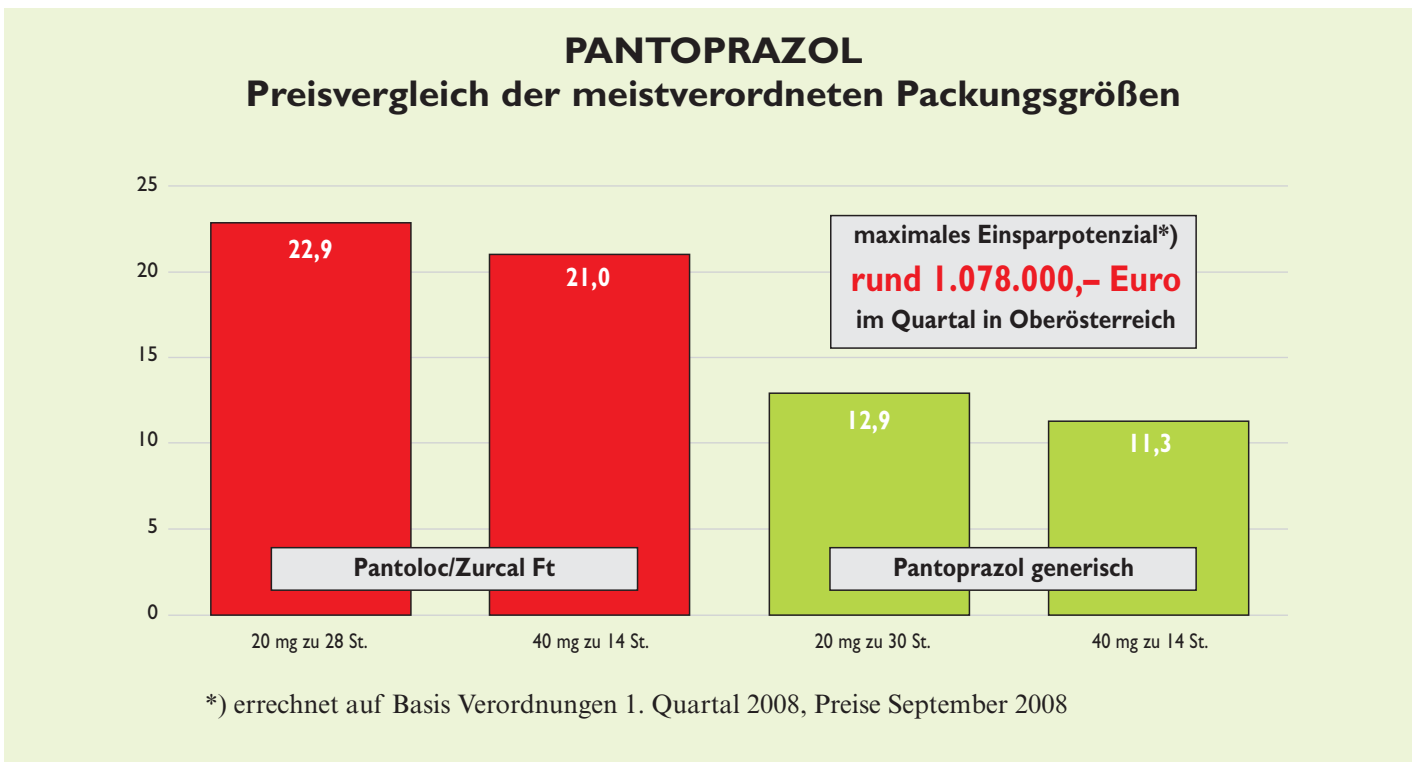
Die US Preventive Services Task Force (USPSTF) empfiehlt, bei Männern ab dem 75. Lebensjahr kein Prostatakarzinom-Screening durchzuführen. In dieser Altersgruppe ist der Nutzen der Therapie eines durch Screening entdeckten Prostatakarzinoms gering oder überhaupt nicht nachweisbar, daher überwiegt der mögliche Schaden den möglichen Nutzen.

<http://www.medscape.com/viewarticle/578591>

H Das Öko-Eck

Pantoprazol

Seit 1. September 2008 ist **Pantoprazol**, der in Oberösterreich meistverordnete Protonenpumpeninhibitor, **generisch im Grünen Bereich** des EKO verfügbar. Die drei Nachfolgepräparate Gastroloc „Hexal“, Pantoprazol „1A Pharma“ und Pantoprazol „Sandoz“ sind jeweils in den Wirkstärken 20mg und 40mg als magensaftresistente Tabletten erhältlich. Sie bieten nicht nur einen beachtlichen Preisvorteil, sondern auch erstmalig die Möglichkeit eine Großpackung (30 Stück) zu 40mg aus der Grünen Box des Erstattungskodex zu verordnen.



Ein voller Ersatz des Erstanbieterpräparates durch einen der kostengünstigen Nachfolger würde oberösterreichweit jährlich eine Kostenersparnis von insgesamt bis zu **4,3 Millionen Euro** ergeben.

Impressum: Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: OÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz. Druck: Gutenberg/Linz, Gestaltung: Referat für Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation, Ursula Macher.

Kontaktadresse: Dr. Gabriele Müller, c/o OÖ Gebietskrankenkasse, Behandlungsökonomie, Postfach 61, 4021 Linz, oder rufen Sie uns einfach an: 05 78 07 - 10 20 37 (Fax: 05 78 07 - 10 20 10), oder Manuela Brandl, Tel. 05 78 07 - 10 20 36 (Fax: 05 78 07 - 10 20 10).
E-Mail: gabriele.mueller@oegkk.at oder manuela.brandl@oegkk.at

Redaktionsschluss: September 2008