



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44

Gerd Glaeske
Katrin Janhsen

mit Beiträgen von Cornelia Heitmann,
Matthias Pfannkuche und Christel Schicktanz

unter Mitarbeit von Angela Fritsch, Friederike Höfel,
Claudia Kretschmer, Daniela Stahn und Florian Wiencek

GEK-Arzneimittel-Report 2006

Auswertungsergebnisse der
GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004-2005

Vorabdruck

Bremen, Schwäbisch Gmünd
Juni 2006

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44

Der Pharmamarkt 2005 – insgesamt und bei der Gmünder ErsatzKasse GEK

Nach Industriestatistiken hat der Umsatz der Pharmabranche im Jahre 2005 um 9% zugenommen, von rund 20 Mrd. auf knapp 22 Mrd. Euro, und das in einem Jahr, in dem sowohl die Kassen wie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) seit Beginn darauf hingewiesen haben, dass die Effizienz in der Arzneimittelversorgung noch mehr als bisher beachtet werden sollte, damit die Arzneimittelausgaben nicht unnötig ansteigen. *Schließlich kann jeder Euro im System nur einmal ausgegeben werden – hohe Arzneimittelkosten haben letztlich auch Auswirkungen auf das Honorarvolumen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.* Die schneiden sich letztlich ins eigene Fleisch, wenn sie dem „Marketinggetrommel“ von Herstellern bei Produkten erliegen, die längst therapeutisch gleichwertig z.B. als kostengünstige Generika angeboten werden. 5,8% Ausgabensteigerungen hatten die Kassenärztlichen Vereinigungen als Ziel für 2005 angegeben, „erreicht“ wurde das Dreifache. Keine Wunder, dass die Kritik über das mangelnde Kostenmanagement der Kassenärztlichen Vereinigungen erhebliche und berechtigte Kritik von Seiten der Gesundheitspolitik in Gang setzte. Immer wieder wird offensichtlich die sog. Strukturkomponente unterschätzt, die Komponente also, mit der ein Wandel in der Wirkstoffauswahl beschrieben wird. Unterschätzt wird damit die Anfälligkeit von Ärztinnen und Ärzten für die neuen, oftmals aber nur vermeintlich besseren neuen Arzneimittel. Wenn die aber nur zum geringsten mit therapeutischem Fortschritt und wirklichen Innovationen zu tun haben, sondern wenn sich der Ausgabenzuwachs vor allem damit begründen lässt, dass neue und teure Mittel ohne Zusatznutzen die Gewinner im Spiel um die Gunst der Verschreiber sind, dann ist wohl der Begriff Verschwendung angebracht. *Offensichtlich regeln sonst übliche Marktmechanismen den Arzneimittelmarkt nur bedingt – wie wäre es sonst erklärbar, dass teure und keineswegs bessere Mittel als bereits verfügbare Alternativen Erfolg haben und trotz mangelnden Potenzials zur Effizienzoptimierung in steigendem Umfang verordnet werden?* Die Mittel werden einfach „gnadenlos“ häufig und massiv beworben (25. Mio. Besuche von rund 16.000 PharmareferentInnen pro Jahr, Kosten ca. 2 Mrd. Euro), sie werden als Innovationen dargestellt und offensichtlich auch so angenommen – den Beleg für einen besseren Nutzen im Vergleich mit den bereits angebotenen Alternativen bleiben sie allerdings in der Regel schuldig. Damit werden diese häufig und massiv beworbenen und zumeist teuren Analogpräparate ohne therapeutischen Zusatznutzen in unserem Pharmamarkt nicht nur zu einer „Plage“ für die Kassen, sondern auch eine „Falle“ für die Ärzte – sie mindern in unserem gedeckelten System die Chance auf höhere Honorare. Kein Wunder also, dass die Ausgaben für Arzneimittel im Jahre 2005 mit rund 23,7 Mrd. Euro wieder deutlich höher liegen als die Ausgaben für das ärztliche Honorar in der ambulanten Versorgung mit 21,6 Mrd. Euro. Wie sieht nun die Umsatz-Hitliste des Jahres 2005 aus und welche Zuwächse haben Ärztinnen und Ärzte den Herstellern durch ihre Verordnungen beschert?

Tabelle 1 Industrieumsätze der 20 führenden Arzneimittel in Deutschland, zuzüglich einiger zusätzlich ausgewählter Beispiele (2005) (ohne Blutzuckerteststreifen). Die Umsätze der jeweiligen Mittel in der GKV liegen (incl. der MwSt.) um ca. 25% höher.

Rang	Präparat	Umsatz 2005 Mio Euro	+ / - gegenüber 2004
1	Durogesic	251	+ 16,9
2	Pantozol	222	+ 20,9
3	Nexium	214	+ 19,0
4	Plavix	180	+ 7,2
5	Rebif	150	+ 14,0
6	Iscover	149	+ 7,1
7	Viani	147	+ 17,1
8	Glivec	147	+ 26,0
9	Symbicort	132	+ 32,9
10	Enbrel	132	+ 2,8
11	Betaferon	123	+ 7,8
12	Spiriva	121	+ 51,3
13	Omep	117	- 0,5
14	Sortis	113	- 69,7
15	Zyprexa	110	- 13,0
16	Simvahexal	107	+ 29,8
17	Lantus	104	+ 14,2
18	Avonex	101	+ 19,6
19	Omeprazol-ratiopharm	100	- 5,5
20	Fosamax	95	- 4,4
21	Copaxone	94	+ 24,0
22	Oxygesic	92	+ 34,4
23	Valoron N	88	+ 14,3
24	Beloc	87	+ 1,0
25	Trenantone	80	+ 5,6
27	Codiovan	79	+ 19,1
35	Lorzaar	71	+ 65,8
Gesamtmarkt Industrie		21,970 Mrd. ⌘	+ 9,0%
Gesamtmarkt Apotheken		Ca. 35 – 36 Mrd. ⌘	
Gesamtpackungsmarkt incl. Selbstmedikation		1,55 Mrd. Packg.	+ 3,9%

Einige Erläuterungen zu dieser Übersicht: Für die drei führenden Mittel gibt es in der Zwischenzeit generische Alternativen. Dies sollte doch zur Folge haben, dass die Umsätze solcher Mittel nicht noch ansteigen, sondern wegen der generischen Alternativen sinken. Dies ist jedoch seit Jahren ein Effekt, auf den die Kassen vergeblich warten. Während für Durogesic (Rang 1) erst seit September 2005 generische Alternativen angeboten werden, sind für Präparate wie Pantozol (Rang 2), Nexium (Rang 3) oder die Produktgruppe Beloc (Rang 24) schon seit Jahren Generika als Alternativen verfügbar – entweder mit den gleichen oder mit gleichwertigen Wirkstoffen aus der „Substanzfamilie“. Ärztinnen und Ärzte sind immer verpflichtet, bei allen Verordnungen auf die Effizienz zu achten – die hohen Zuwächse insbesondere bei Pantozol, aber auch anderen Mitteln wie Nexium oder Beloc, lassen daran allerdings erhebliche Zweifel aufkommen. Ähnliches gilt für die hohen Zuwächse von Sartanen wie Codiovan oder Lozaar (Beispielhaft genannt auf den Plätzen 27 und 35). Solange direkte Vergleichsstudien zu den ACE-Hemmern fehlen, die bezüglich patientenrelevanter Endpunkte einen Vorteil dieser noch relativ neuen Substanzgruppe zeigen, solange können diese Präparate nicht als evidenzbasierte Mittel der 1. Wahl zur Blutdrucksenkung angesehen werden, ACE-Hemmer und Arzneimittel anderer Gruppen wie bestimmte Beta-Rezeptorenblocker oder Thiazide sind immer noch vorzuziehen.

Dieser Mangel an Evidenz sowie die Zweifel am Zusatznutzen werden aber vom Markt nicht sanktioniert – auch mit solchen Mitteln lässt sich trefflich Umsatz machen. Daneben stehen auch anerkannte Mittel mit therapeutischen Fortschritt auf den vorderen Rängen, dazu gehören z.B. Interferone wie Betaferon, Rebif und Avonex, die bei multipler Sklerose eingesetzt werden, Mittel wie Glivec, die bei Krebserkrankungen zur Anwendung kommen, Enbrel als gentechnologisch hergestelltes Mittel bei rheumatoider Arthritis oder auch Mittel wie Spiriva, die zur Behandlung der COPD (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung) verschrieben werden. Und wenn diese Mittel in den Umsatzlisten ganz oben stehen, heißt das auch, dass die häufig im Bereich der GKV verordnet werden. **Die GKV ist also weder innovationsfeindlich noch innovationsbehindernd**, rund 30% der Arzneimittelausgaben entfallen auf solche Mittel mit therapeutischem Fortschritt oder mit Verbesserungen für die Behandlung. Es muss aber sichergestellt sein, dass ein solcher Zusatznutzen auch bestätigt ist, ansonsten wird das Preis-Leistungsverhältnis negativ – und für solche Mittel soll und darf die GKV keine Beitragsgelder ausgeben.

Und das Bild bei der Gmünder Ersatzkasse GEK?

Die Gmünder ErsatzKasse GEK ist im Jahre 2005 weiter gewachsen, um knapp 6% stieg die Anzahl der versicherten Personen an, von 1,47 Mio. auf 1,55 Mio. (siehe Tabelle Kennzahlen), die Frauen um 7,6%, die Männer um 4,2%. Das Durchschnittsalter der Versicherten veränderte sich dabei wenig, von 36,5 auf 36,8 Jahre, und es liegt damit nach wie vor deutlich unter dem GKV-Schnitt von rund 43 Jahren. Die Menge der verordneten Packungen erhöhte sich, auch wegen des Versichertenzuwachses, um 10,3% - von 8,2 Mio. auf 9 Mio. Die Packungsmenge pro 100 GEK-Versicherten stieg ebenfalls an – um knapp 4,5% von 557 auf 581, die Arzneimittelmenge berechnet nach Tagesdosierungen um rund 11%. Die Arzneimittelausgaben stiegen gegenüber den Mengensteigerungen allerdings überproportional an – um 15,4% insgesamt und von 309 Mio. Euro auf 357 Mio. Euro – hier sind ausdrücklich die Verordnungen mit Rezepturen und Importarzneimittel ausgenommen, die noch etwa zusätzlich 10% mehr Ausgaben verursachen. Bei diesen Steigerungen um 15,4% muss allerdings die veränderte Ausgangsposition berücksichtigt werden – mehr Versicherte, mehr Verordnungen und auch dadurch höhere Kosten. Wenn man nämlich die Ausgaben auf je 100 Versicherte in der GEK „herunterbricht“, kommt es gerade einmal zu einer Steigerung um knapp über 9% - von 21.000 Euro auf 23.000 Euro. Dies ist gemessen an den Erhöhungen der übrigen Kassen in der GKV ein durchaus beachtenswert moderates Ergebnis und hängt sicherlich auch mit den Aktivitäten der GEK im Bereich des Qualitäts- und Kostenmanagements in der Arzneimittelversorgung zusammen. Es lohnt sich also, sich zu engagieren – die Steigerungsraten fallen letztlich niedriger aus als in anderen Kassen. Die Transparenz der Arzneimittelversorgung, die darauf aufbauenden Informationsschreiben an Ärztinnen und Ärzte, an Patientinnen und Patienten sowie vertragliche Regelungen mit Versandapotheken tragen wohl doch Früchte.

Tabelle 2 Kennzahlen der Jahre 2004 und 2005 für die GEK-Versicherten

	2004 (0 bis 99-Jährige)	2005 (0 bis 99-Jährige)	in %	2005 (ohne Alters- einschränkung)
Anzahl Statusfälle:				
Gesamt	1.520.056	1.604.120	+5,53	1.604.153
Männer	826.415	860.871	+4,17	860.881
Frauen	693.641	743.249	+7,15	743.272
Anzahl Personen:				
Gesamt	1.470.020	1.554.578	+5,75	1.554.614
Männer	806.481	840.642	+4,24	840.656
Frauen	663.539	713.936	+7,60	713.958
Durchschnittsalter:				
Gesamt	36,5	36,8		36,8
Männer	37,5	37,7		37,7
Frauen	35,3	35,6		35,6
Verordnete Packungen:				
Gesamt	8.193.364	9.033.265	+10,25	9.033.660
Männer	4.202.625	4.603.485	+9,54	4.603.595
Frauen	3.990.739	4.429.780	+11,00	4.430.065
Verordnete Packungen pro 100 Statusfälle:				
Gesamt	539	563	+4,47	563
Männer	509	535	+5,15	535
Frauen	575	596	+3,59	596
Verordnete Packungen pro 100 Personen:				
Gesamt	557	581	+4,25	581
Männer	521	548	+5,09	548
Frauen	601	620	+3,17	620
Arzneimittelausgaben:				
Gesamt	309.346.206,79	357.080.636,20	+15,43	357.094.555,08
Männer	173.016.302,69	196.611.964,24	+13,64	196.613.783,84
Frauen	136.329.904,10	160.468.671,96	+17,71	160.480.771,24
Arzneimittelausgaben pro 100 Statusfälle:				
Gesamt	20.350,97	22.260,22	+9,38	22.260,63
Männer	20.935,77	22.838,73	+9,09	22.838,67
Frauen	19.654,25	21.590,16	+9,85	21.591,12
Arzneimittelausgaben pro 100 Personen:				
Gesamt	21.043,67	22.969,62	+9,15	22.969,98
Männer	21.453,24	23.388,31	+9,02	23.388,14
Frauen	20.545,88	22.476,62	+9,40	22.477,62
Verordnete DDD:				
Gesamt	363.361.354,21	424.369.693,13	+16,79	424.387.026,10
Männer	196.497.222,02	228.178.582,78	+16,12	228.182.205,08
Frauen	166.864.132,19	196.191.110,35	+17,58	196.204.821,02
Verordnete DDD pro 100 Statusfälle:				
Gesamt	23.904,47	26.454,98	+10,67	26.455,52
Männer	23.777,06	26.505,55	+11,48	26.505,66
Frauen	24.056,27	26.396,42	+9,73	26.397,45
Verordnete DDD pro 100 Personen:				
Gesamt	24.718,12	27.298,06	+10,44	27.298,55
Männer	24.364,77	27.143,37	+11,40	27.143,35
Frauen	25.147,60	27.480,21	+9,28	27.481,28

Die Verteilung der Arzneimittelausgaben – hochgradige Asymmetrie

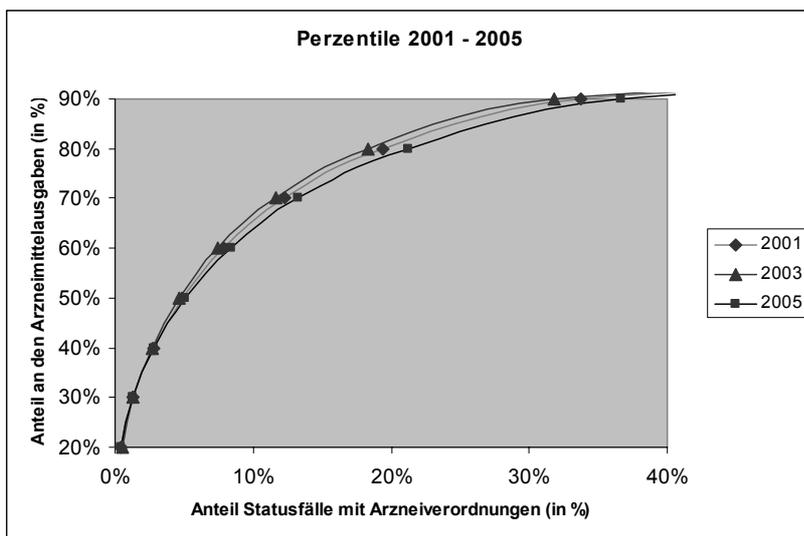
Die prozentuale Verteilung der Arzneimittelausgaben in der GEK zeigt eine erhebliche Asymmetrie (siehe folgende Tabelle und Abbildung). So entfallen bereits 30% der Gesamtausgaben in Höhe von rund 357 Millionen Euro auf nur 1,3% der Versicherten,

die Arzneimittel erhalten, 50% der Ausgaben auf lediglich 5%. Legt man diese Ausgaben auf die Gesamtzahl der Versicherten um, so sind die entsprechenden Prozentsätze noch niedriger – knapp 1% resp. 3,6%. Insgesamt 80% der Ausgaben entfallen auf 21% der Arzneimittelkonsumenten bzw. 15% aller Versicherten. Die Arzneimitteltherapie ist in der Hauptsache also eine, die bei relativ wenigen Versicherten besonders teuer zu Buche schlägt. Diese Verteilung ist daher ein guter Ansatzpunkt für Qualitäts- und Kostenmanagement: Bei besonders teuren Patientinnen und Patienten sollte im Rahmen eines Case-Managements immer wieder aufs Neue geprüft werden, ob andere Verordnungen (z.B. gleichwertige preisgünstigere Mittel) oder alternative Distributionswege (Versandhandel, Versorgung über Krankenhausapotheken) zur Effizienzoptimierung führen können.

Tabelle 3 Prozentuale Verteilung der Kosten für versicherte Statusfälle mit Arzneimitteltherapie im Jahre 2005

Anteil an den Arzneimittelausgaben (Gesamt: 357.094.555,08€)	Anteil Statusfälle mit Arzneiverordnungen (n=1.152.567)	Anteil Statusfälle (n=1.604.153)
10 %	0,13 % (n = 1.507)	0,09 %
20 %	0,46 % (n = 5.302)	0,33 %
30 %	1,29 % (n = 14.906)	0,92 %
40 %	2,78 % (n = 32.082)	2,00 %
50 %	5,05 % (n = 58.184)	3,63 %
60 %	8,37 % (n = 96.431)	6,01 %
70 %	13,30 % (n = 153.288)	9,56 %
80 %	21,20 % (n = 244.293)	15,23 %
90 %	36,69 % (n = 422.918)	26,36 %
100 %	100,00 % (n = 1.152.567)	71,85 %

Abbildung mit den Perzentilen für die Relation Anteil der InanspruchnehmerInnen und zugehörigen Kosten in den Jahren 2001, 2003, 2005



Deutlich zu erkennen ist die Relation 1,3% der ArzneimittelanwenderInnen stehen für 30% der Ausgaben, 2,8% für 40% und 5% für 50% - die Verteilung ist über die Jahre relativ stabil.

Welche Arzneimittel führen bei der GEK?

Bei der GEK fällt die Rangliste der umsatzstärksten Mittel übrigens etwas anders aus als in den Industriestatistiken. Bei der GEK liegen die beiden Interferone Rebif und Betaferon auf den beiden vorderen Plätzen, danach folgen Nexium Mups und Pantozol. Durogesic folgt nach Enbrel auf Platz 6. Dies deutet darauf hin, dass in der GEK die Therapie gegen Multiple Sklerose, gegen die diese beiden Interferone vor allem eingesetzt werden, relativ häufig vorkommt, dass aber letztlich die typischen Mittel der vorderen Umsatzränge auch bei der GEK eine besondere Rolle spielen. Daher gelten auch für die GEK-Arzneimittelausgaben die gleichen Anmerkungen wie schon weiter oben: Es wird zuviel Geld von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten für „me-too“ und Analogpräparate ohne Zusatznutzen gebunden – für Nexium Mups (GEK-Platz 3), Pantozol (GEK-Platz 4) und für Beloc (GEK-Platz 25) gibt es längst kostengünstige Alternativen, die genannten Präparate weisen keine nachweisbaren Zusatznutzen aus, der die Mehrausgaben für diese Mittel rechtfertigen würde. Die häufige Verordnung dieser Mittel lässt vielmehr Zweifel daran aufkommen, dass bei der Auswahl dieser Mittel ausreichend auf die gebotene Wirtschaftlichkeit verordnet wurde: Es ist einfach Verschwendung von finanziellen Ressourcen in einem System begrenzter Mittel, unnötig teure Arzneimittel in dieser Häufigkeit zu verschreiben. Die gleiche Diskussion gilt übrigens auch für die häufige Verordnung kurzwirksamer Analoginsuline wie Humalog (Platz 14 nach GEK Ausgaben), da bis heute nicht ausreichend belegt ist, dass solche Analoginsuline gegenüber den Humaninsulinen therapeutische Vorteile aufweisen. Auch in diesem Indikationsbereich muss daher nach der Wirtschaftlichkeit dieser im Vergleich zu den Humaninsulinen deutlich teureren Präparate gefragt werden. Schließlich ist es auch noch die Verordnungshäufigkeit von Angiotensin-II-Antagonisten (Sartanen) wie Codiovan (GEK-Platz 40) oder Diovan (GEK-Platz 97), die zum Nachdenken Anlass geben. Die Stellung dieser relativ teuren Mittel in der Behandlung des hohen Blutdrucks ist nach wie vor relativ unklar, Vorteile gegenüber den Mitteln der Wahl wie Thiazide, Beta-Rezeptorenblockern oder ACE-Hemmern sind eher ungewiss. Insofern „taugen“ sie vor allem als Reservemittel, wenn solche Standardmittel nicht eingenommen werden können oder nicht ausreichend wirken. Daher sind erhebliche Einsparungen möglich, wenn auf die häufige Verordnung von Sartanen verzichtet würde.

Tabelle 4 Führende Arzneimittel bei der GEK im Jahr 2005 (Top 200) nach Ausgaben (Alter 0 bis 99)

Präparate-Kurzname	Ausgaben in Euro	Rang 2005	(2004)
Rebif	4.247.215,88	1	(2)
Betaferon	3.901.670,92	2	(3)
Nexium Mups	3.683.317,01	3	(4)
Pantozol	3.604.579,27	4	(5)
Enbrel	3.467.090,68	5	(9)
Durogesic	3.045.144,81	6	(6)
Viani	2.944.080,64	7	(7)
Avonex	2.920.665,19	8	(10)
Plavix	2.822.630,92	9	(8)
Symbicort	2.787.558,69	10	(12)
Glivec	2.614.956,80	11	(15)
Zyprexa	2.496.845,49	12	(11)
Copaxone	2.407.220,36	13	(14)
Humalog	2.150.476,37	14	(13)
Iscover	2.123.858,89	15	(16)
Remicade	2.121.188,79	16	(17)
Risperdal	2.040.305,58	17	(21)
Lantus	1.853.388,57	18	(19)
Aranesp	1.841.993,88	19	(31)
Novorapid	1.803.263,19	20	(26)

Tabelle 5 Führende Arzneimittel bei der GEK im Jahr 2005 (Top 200) nach Anzahl der Verordnungen (Alter 0 bis 99)

Präparate-Kurzname	Anzahl Verordnungen	Rang 2005	(2004))
L-Thyroxin Henning	111.320	1	(1)
Voltaren/-Migräne/-Dolo	73.794	2	(2)
Diclofenac-Ratiopharm	62.116	3	(3)
Nexium Mups	55.242	4	(8)
Beloc	52.294	5	(4)
Pantozol	50.369	6	(14)
Olynth	48.608	7	(6)
Nasengel/Spray/Tr.-Ratioph.	48.166	8	(7)
Zithromax	44.291	9	(17)
Thyronajod	44.197	10	(13)
Diclac	43.863	11	(9)
Nurofen	43.711	12	(27)
Prospan	43.323	13	(16)
Euthyrox	43.164	14	(10)
Paracetamol-Ratiopharm	42.393	15	(12)
Amoxicillin-Ratiopharm	41.449	16	(18)
Voltaren Topisch	38.558	17	(11)
MCP-Ratiopharm	37.534	18	(15)
Mucosolvan	37.253	19	(21)
Acc	36.863	20	(23)
Medikinet	13.044	117	(249)
Concerta	10.477	172	(203)

Die Anstiege von Medikinet und Concerta sind zumindest auffällig. Die gesamte Gruppe der Psychostimulanzien, zu denen auch Ritalin gehört, hatte einen Anstieg in den Ausgaben von 61,98% zu verzeichnen, die entsprechenden Mittel sind deutlich bei den Verordnungen nach oben gestiegen, so z.B. Medikinet und Concerta. Beide Mittel werden bei Kindern mit ADHS eingesetzt (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperkinetisches Syndrom). Concerta stieg z.B. bei den Ausgaben Mittel von Platz 67 auf Platz 52. Eine ähnliche Veränderung ist bei dem Methylphenidat-haltigen Mittel Medikinet zu sehen: Bei den TOP-200 der verordneten Arzneimitteln stieg es von Platz 249 auf Platz 117, bei den TOP-200 umsatzstärksten Mitteln von Platz 259 auf Platz 99. Dies alles könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Verordnungen mit Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln deutlich zugenommen haben – eine Zunahme, die sicherlich erneut Fragen nach der Begründbarkeit all dieser Verordnungen bei Kindern erforderlich macht.

Wann wird endlich eine industrieunabhängige Information für die Ärztinnen und Ärzte allgemein verfügbar, die auf Therapie- und Preisvergleichen aufgebaut ist und den Marketingstrategien pharmazeutischer Hersteller Paroli bieten? Möglicherweise bringt das Bonus-Malus-System aus dem AVWG Bewegung in die Verordnungslandschaft, weil dann an Hand der durchschnittlichen Tagestherapiekosten erkannt werden kann, welche einzelnen Ärztinnen und Ärzte in bestimmten Arzneimittelgruppen unnötig teuer verordnen. Der Malus, der vom Honorar gezahlt werden muss, könnte eine nachhaltige

Wirkung auf die Arzneimittelauswahl haben – derzeit sind allerdings erst bei drei Gruppen solche Tagestherapiekosten vereinbart, bei den Protonenpumpenhemmern, hierzu gehört z.B. Pantozol, bei den Statinen, hierzu gehört z.B. Simvahexal und Sortis, das bereits erheblich an Umsatz verloren hat, weil der Preis nicht auf den Festbetrag gesenkt wurde, sowie die Gruppe der ACE-Hemmer und Sartane, auch hier könnte der Tagestherapiekostenvergleich zu einer geringeren Verordnungshäufigkeit der teuren Sartane führen.

Generika – das Arzneimittelprogramm für mehr Effizienz!

Noch immer liegt die wirksamste Form der Effizienzoptimierung in der Verordnung von Generika, wenn die Patente von Erstanbieterpräparaten nach ca. 8 Jahren der exklusiven Vermarktung ausgelaufen sind: Die Folgeprodukte sind gleichwertig und austauschbar – schließlich wird die Qualität in der Zulassung geprüft -, dabei aber zum Teil erheblich kostengünstiger. Damit bieten sie ein Instrument zur Umsetzung der grundsätzlich bestehenden Anforderung in der vertragsärztlichen Versorgung, das Effizienzgebot zu beachten: Mit weniger eingesetzten Ressourcen das gleiche Therapieziel zu erreichen und mit den gleichen Ressourcen ein besseres. Man sollte daher doch vermuten dürfen, dass Ärztinnen und Ärzte wegen der begrenzten finanziellen Mittel in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Notwendigkeit, auch bei den eigenen Arzneimittelverordnungen auf Wirtschaftlichkeit und die Vereinbarung von Richtgrößen und Zielvereinbarung zu achten, die Generika-Verordnung als Möglichkeit weitestgehend nutzen, um sich „Luft“ für sinnvolle, meist aber teure therapeutische Innovationen zu schaffen – „Headroom for Innovation“, wenn zum Beispiel Bisphosphonate bei Osteoporose, Interferone bei Multipler Sklerose und Hepatitis C oder gentechnologisch hergestellte Mittel zur Behandlung von Krebs und rheumatoider Arthritis notwendig sind. Doch die Hoffnung auf Rationalität in dieser Beziehung trägt: Nach wie vor werden bei vielen Wirkstoffen, die als Generika längst bewährt und die zum Teil auch im Hinblick auf ihre Gleichwertigkeit mit den erstangebotenen Produkten in speziellen Vergleichsuntersuchungen geprüft sind, mögliche Rationalisierungspotenziale nicht genutzt. Einige Beispiele aus diesem GEK-Arzneimittel-Report für das Jahr 2005:

- Metoprolol: Es gibt überhaupt keinen Grund, diesen Wirkstoff nicht breit als kostengünstiges Generikum zu verordnen – dennoch besteht hier noch immer ein Einsparpotenzial von rund 20% der ausgegebenen 4,6 Mio. Euro, immerhin 970 Tsd. Euro.
- Seit einiger Zeit bereits werden Ciclosporin-Generika angeboten, zugelassen und in der Qualität geprüft mit dem Hinweis durch die Zulassungsbehörde, dass diese Generika in der Therapie an die Stelle des bisherigen „Originals“ treten kann: Einsparmöglichkeiten von 320 Tsd. Euro, ebenfalls fast 20%, wären bei der GEK möglich, wenn mehr Ciclosporin-Generika verordnet würde.
- Enalapril: Bei diesem Wirkstoff ist das Effizienzoptimierungspotenzial besonders hoch: Die Verordnungskosten betragen im Jahre 2004 2,5 Mio. Euro, durch die stärkere Nutzung von Generika wären 526 Tsd. Euro einzusparen, also wiederum knapp über 20%.
- Amlodipin: Auch bei diesem Wirkstoff lässt sich noch immer viel einsparen: Ausgaben für die GEK 2005 rund 1,7 Mio. Euro, Einsparpotential 435 Tsd. Euro und damit 26%.

- Und sogar bei den schon häufig angewendeten Generika mit Omeprazol und Simvastatin werden noch immer zu teure Generika verordnet: Bei beiden Wirkstoffen ließen sich erheblich Summen einsparen: Bei Omeprazol rund 6%, bei Simvastatin rund 12%.

Bei 40 ausgewählten Wirkstoffen käme es zu einer Entlastung durch weitergehende und kostengünstige Generika-Verordnungen von rund 12% - statt 52,8 Mio. Euro reichten rund 46,3 Mio. Euro aus, um die gleichen Mittel in der gleichen Menge bei guter Qualität verordnen zu können. Und dies nicht einmal gerechnet zum günstigsten Preis aller angebotenen Generika, sondern zum mittleren Preis der real verordneten Mittel. Bislang werden bei nur knapp 75% aller generikafähigen Verordnungen solche kostengünstigen Alternativen genutzt – 85 bis 90% sollten aber erreichbar sein. Schon heute ist dieser hohe Anteil zwar mit der höchste Verordnungsanteil international, doch dies kann kein Argument dagegen sein, die bestehenden Möglichkeiten nicht noch extensiver zu nutzen, wenn damit bei gleicher Qualität Kosten eingespart werden können – für die GEK etwa 5% der Gesamtausgaben, die pro Jahr für Arzneimittel anfallen.

Dass die Generikapreise in Deutschland vergleichsweise hoch liegen, hat auch mit den international gesehen hohen Preisen der Erstanbieterprodukte zu tun, deren Preis bekanntlich bei der Marktausbietung allein durch die Hersteller festgesetzt werden darf – eine in Europa einmalige Möglichkeit, weil in anderen europäischen Gesundheitssystemen von Beginn an über die Einführungspreise verhandelt wird. Insofern erscheinen Generikapreise, die z.B. 30% unter den Preisen der Erstanbieter liegen, zwar attraktiv niedrig, liegen aber wegen des hohen Niveaus der Erstanbieterpreise dennoch vergleichsweise sehr hoch. Die Gewinne der Generikahersteller sind in Deutschland daher kaum geringer als die der Erstanbieter – Rabatte und gesponserte Arztsoftware, Ärztemuster und Rückvergütungen konnten daher von den großen und teuren Anbietern wie ratiopharm, Hexal oder Stada ohne große finanzielle Anstrengungen finanziert werden. Damit soll nun bekanntlich Schluss sein – das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG), das am 1. Mai 2006 in Kraft trat, hat Rabatte im ambulanten Bereich und das unerkannte Sponsering von Arztpraxissoftware, die immer die Produkte der sponsernden Firmen bevorzugt angezeigt hat, untersagt. Es ist zu hoffen, dass damit eine Voraussetzung dafür geschaffen wurde, den Preiswettbewerb im Generikabereich zugunsten der GKV zu nutzen und die Versorgung mit Generika effizienter zu machen.

Tabelle 6 Einsparpotenziale durch optimierte Generika-Nutzung Alter 0 bis 99

Wirkstoff	Verordnungs-		Kosten pro DDD	mögliche Kosten pro DDD	Einsparpotenzial
	menge in DDD	Kosten			
Ambroxol	618.319,13	341.718,81	0,55	0,54	9.991,43
Amlodipin	6.672.120,00	1.729.626,45	0,26	0,19	435.101,45
Atenolol	1.388.790,04	423.178,09	0,30	0,29	25.596,45
Bisoprolol	5.952.748,75	2.195.855,34	0,37	0,35	140.672,02
Budesonid Aerosol	1.710.814,71	1.696.436,00	0,99	0,81	316.680,62
Captopril	2.276.016,71	596.336,22	0,26	0,19	169.086,07
Carbamazepin	888.160,00	741.462,82	0,83	0,76	63.798,25
Carvedilol	1.211.628,02	1.069.320,25	0,88	0,58	366.090,63
Ciclosporin	105.476,00	1.500.436,84	14,23	11,19	320.447,79
Ciprofloxacin	222.379,30	1.219.830,94	5,49	4,38	245.376,19
Citalopram	1.814.115,17	1.401.113,61	0,77	0,67	189.876,52
Diclofenac oral	6.412.582,50	3.345.488,90	0,52	0,48	268.236,33
Diclofenac rektal	248.677,50	193.262,90	0,78	0,76	4.441,73
Diclofenac topisch	414.211,80	593.492,36	1,43	1,42	5.933,37
Diltiazem	386.589,88	239.379,67	0,62	0,50	47.417,39
Doxazosin	1.152.288,00	673.416,71	0,58	0,54	51.673,43
Enalapril	9.398.355,06	2.495.065,44	0,27	0,21	526.056,67
Fluconazol	38.583,00	484.463,40	12,56	11,60	36.838,53
Fluoxetin	770.722,00	360.367,46	0,47	0,41	47.173,28
Gabapentin	286.910,23	1.072.099,37	3,74	3,45	82.721,21
Glibenclamid	1.684.775,50	395.991,68	0,24	0,22	20.229,45
Isosorbiddinitrat	1.776.383,76	471.133,08	0,27	0,26	14.715,09
Isosorbidmononitrat	1.566.621,98	402.250,41	0,26	0,22	57.642,14
Lisinopril	5.539.925,00	1.375.452,13	0,25	0,21	192.072,30
Lovastatin	172.806,70	132.505,95	0,77	0,52	42.277,29
Metformin	4.952.975,25	1.821.270,19	0,37	0,35	92.583,95
Metoprolol	10.615.660,58	4.580.433,91	0,43	0,34	970.662,94
Mirtazapin	828.541,23	1.092.730,08	1,32	1,04	233.770,98
Molsidomin	1.779.166,75	433.605,20	0,24	0,24	2.177,21
Moxonidin	1.898.031,13	815.253,43	0,43	0,42	26.286,84
Nitrendipin	2.211.058,00	471.831,50	0,21	0,18	66.383,23
Omeprazol	5.367.569,00	5.470.009,45	1,02	0,97	263.227,08
Pravastatin	479.325,00	275.644,29	0,58	0,55	13.042,96
Ramipril	14.426.881,35	2.338.922,35	0,16	0,15	218.227,55
Salbutamol Aerosol	2.682.722,31	1.600.007,37	0,60	0,57	75.833,53
Simvastatin	14.914.398,73	4.830.851,96	0,32	0,29	556.029,11
Sotalol	1.042.880,00	403.825,59	0,39	0,35	35.900,35
Torasemid	2.794.178,47	992.758,12	0,36	0,31	132.482,14
Tramadol	1.066.764,87	1.705.820,90	1,60	1,56	40.637,52
Verapamil	1.857.819,43	774.404,60	0,42	0,38	64.080,91
Gesamt		52.757.053,77			6.471.471,91 Einsparpotenzial: (12,3%)

Generika sind zu einer wichtigen Säule in der Arzneimittelversorgung geworden, sie sind heute als effizienzoptimierende Strategie nicht mehr wegzudenken. Und der Ratschlag an die Ärztinnen und Ärzte, da, wo es möglich ist, Generika zu verordnen, damit dann, wenn es notwendig ist, auch teure wirkliche Innovationen weiter finanziert werden können, sollte immer wieder im Mittelpunkt stehen, wenn ein intelligenter Mix in der Arzneimitteltherapie gesucht wird. Generika helfen sparen – und das ist nicht das Schlechteste, was man in diesen Zeiten über eine Arzneimittelgruppe sagen kann!

Analogpräparate

Neben der Substitution mit Generika liegen in der Arzneimittelversorgung Rationalisierungspotentiale vor, wenn Medikamente keinen höheren Nutzen aufweisen als Präparate, die bereits im Markt zu günstigeren Preisen angeboten werden. Dies gilt insbesondere für neu angebotene Mittel, die in der Regel von den Herstellern als die wirksamere Wirkstoff-Variante in einem bestimmten Indikationsgebiet beworben werden, ohne einen wirklich belastbaren Nachweis dieser Behauptung anbieten zu können.

Diese Entwicklung belastet die GKV schon seit vielen Jahren. Der Grund: In jedem Jahre kommen neue Wirkstoffe auf den Markt, von denen aber nur wenige eine wirkliche therapeutische oder technologische Innovation darstellen. Dabei bedeutet therapeutische Innovation, dass tatsächlich ein Fortschritt in der Behandlung erwartet und den Patientinnen und Patienten besser geholfen werden kann, eine technologische Innovation liegt dann vor, wenn der Wirkstoff in einer veränderten und für die Patientinnen und Patienten sinnvollen und vereinfachenden Anwendungsform angeboten wird (z.B. Pflaster- oder Sprayzubereitung). Daneben gibt es aber die lediglich ökonomischen Innovationen, die vor allem das Ziel haben, als neues Produkt durch hohe Preise hohe Gewinne im Markt zu erzielen und z.B. bei einem auslaufenden Patent Anschlussumsätze zu sichern (z.B. Beloc und Beloc ZOK, Antra und Antra MUPS).

Analogpräparate sind daher aus ökonomischer und therapeutischer Sicht eine „Plage“ für die GKV und eine „Falle“ für die Ärztinnen und Ärzte: Eine „Plage“, weil unnötig viel Geld an solche Präparate gebunden wird, obwohl ein therapeutischer Zusatznutzen im Sinne einer besseren Behandlung nicht bestätigt ist (z.B. kurzwirksame Insulinanaloge oder Sartane), und sie sind gleichzeitig eine „Falle“ für die Ärztinnen und Ärzte, weil sie offenbar geneigt sind, diese neuen Mittel verstärkt zu verordnen und damit die Ausgaben unnötig nach oben treiben. Analogpräparate haben dann allenfalls eine Bedeutung, wenn sie gegenüber einem als „Solisten“ angebotenen sinnvollen Wirkstoff, mit dem ein therapeutischer Fortschritt verbunden ist, preiswerter anbieten: Dann tragen sie zum Preiswettbewerb in einem Bereich bei, der eigentlich wegen des noch lange andauernden Patentschutzes der erstangebotenen Mittel preislich kaum in Bewegung kommen würde, wenn kein gleichwertiges Produkt als Konkurrent im Markt angeboten würde.

Die Gruppe der Analogpräparate ist in den letzten Jahren ständig angestiegen und vereinigt in der Zwischenzeit etwa 30% der gesamten Arzneimittelausgaben in der GKV auf sich. Daher kommt ihr für die Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen künftig eine größere Bedeutung zu, als die bisher bereits stärker genutzten Einsparmöglichkeiten bei der Substitution durch Generika. Analogpräparate bieten aber nicht per se einen Ansatzpunkt für Rationalisierungsmaßnahmen. Sie können, wenn sie preisgünstiger als das ursprüngliche Innovationsprodukt sind, im Wettbewerb mit diesem Preissenkungsprozesse auslösen. Unter Rationalisierungsaspekten kommt es darauf an, ob das jeweilige Analogpräparat mit teureren oder preiswerteren Medikamenten mit ähnlichen oder gleichartigen Wirkungen konkurriert.

Die meisten Analogpräparate sind durch bereits vorhandene und zumeist schon als Generika angebotene Wirkstoffe zu substituieren. In diesem Bereich liegt daher auch die größte Einsparmöglichkeit, für die GEK ca. 7% der Gesamtausgaben. Es muss daher mit größtem Nachdruck darauf hingewirkt werden, dass Arzneimittel aus dieser Gruppe nur noch im geringen Umfang verordnet werden, damit ihre Auswirkung auf die ständig steigenden Arzneimittelausgaben in der GKV zurückgedrängt wird. Umso wichtiger wird

eine konsequente Nutzenbewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei der Einführung neuer Mittel (siehe § 139a, SGB V), das seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) am 1.1.2004 seine Arbeit aufgenommen hat. In der folgenden Tabelle sind beispielhaft die im Jahre 2004 neu in den Markt gebrachten Mittel aufgeführt, die durch bereits vorhandene Mittel ersetzt werden könnten – mit hohem Einsparpotenzial. Von den ausgegebenen 3,3 Mio. Euro könnten 1,2 Mio. Euro und damit etwa 37% eingespart werden, wenn statt der neuen Mittel bewährte Präparate mit vergleichbarer Wirkung eingesetzt worden wären. Neu und teurer heißt eben nicht besser – das sollte in der Arzneimittelversorgung endlich berücksichtigt werden.

Tabelle 7 Verordnungsmenge, Kosten und Einsparpotenzial für Analogpräparate (Klasse C) aus dem Jahr 2004 im Jahr 2005

Analog- präparat	Verordnungs- menge in DDD	Kosten in Euro	Kosten pro DDD	Alternativ- Präparat	Kosten pro DDD	Einspar- potenzial in Euro
Abilify	72.209,79	472.236,88	6,54	Clozapin	2,08	321.991,82
Apidra	96.870,19	161.039,25	1,66	Humaninsulin	1,20	45.240,77
Arcoxia	306.587,07	369.143,31	1,20	Diclofenac	0,31	274.357,97
Certican	5.266,68	91.578,78	17,39	Cellcept	13,70	19.415,81
Faslodex	9.909,48	185.885,00	18,76	Tamoxifen	0,66	179.344,74
Levemir	216.043,26	421.489,94	1,95	NPH-Insulin	1,21	159.443,15
Lyrica	192.733,10	756.662,33	3,93	Gabapentin	3,69	44.823,60
Manyper	46.144,00	23.379,46	0,51	Nitrendipin	0,17	15.677,28
Nadixa	22.087,50	34.074,08	1,54	Erythromycin 2% Gel	0,88	14.661,15
Opatanol	32.200,00	22.540,00	0,70	Azelastin	0,21	15.629,88
Relestat	10.100,00	7.785,08	0,77	Azelastin	0,21	5.617,62
Reyataz*	20.080,00	471.679,20	23,49	Kaletra	23,12	7.456,37
Telzir	4.320,00	81.188,64	18,79	Agenerase 50mg	11,35	32.163,12
Vesikur	134.030,00	206.034,58	1,54	Oxybutinin	0,83	94.694,75
Gesamt		3.304.716,53		Gesamtersparnis:		1.230.518,04 (37,2%)

*Norvir als Booster (1x tägl. 100mg)

(Anmerkung: Ein Agenerase-Präparat mit 150 mg (Telzir 2) ist seit Dezember 2005 außer Vertrieb)

Die wichtigste Anstrengung in der Arzneimittelversorgung muss sich daher auf die Verringerung der Verordnungen von Analog- oder me-too-Präparaten konzentrieren. In diesem Marktsegment, auf das ca. 30% der Arzneimittelausgaben entfallen, sind die größten Rationalisierungspotenziale zu erzielen, bei der GEK etwa 7% der Gesamtausgaben. Dafür lohnt sich jede Anstrengung – eine wirksame Gegenöffentlichkeit gegen das allgegenwärtige Pharmamarketing wäre ein notwendiger Anfang!

Gesamteinsparvolumen bei der GEK

Unter Berücksichtigung aller Auswertungen der Verordnungsdaten des Jahres 2005 kommen bei der GEK noch immer beträchtliche Einsparmöglichkeiten zusammen – durch die stärkere Berücksichtigung von Generika und durch die Verringerung der umstrittenen und der me-too-Mittel.

Im Einzelnen sind von den Gesamtausgaben in Höhe von 357,1 Mio. Euro

- 7 % durch die Verringerung der me-too Präparate bei gleichzeitig stärkerer Berücksichtigung der Generika 25,5 Mio. Euro
- 3 % durch die Verringerung der „umstrittenen“ Mittel bei gleichzeitiger Substitution der notwendigen Verordnungen 10,8 Mio. Euro
- 4% durch die erhöhte Nutzung von Generika, insbesondere bei vielverordneten Wirkstoffen 16,5 Mio. Euro

bei ausgesprochen konservativer Berechnung insgesamt also **14% aller Ausgaben und damit 52,8 Mio. Euro einzusparen, immerhin ein Gegenwert von knapp 0,3 Beitragssatzpunkten bei der GEK.** Es lohnt sich, stärker und konsequenter als bisher über die Realisierung solcher Rationalisierungsreserven nachzudenken – neue und therapeutisch bessere Arzneimittel werden auf den Markt drängen und müssen finanziert werden. Sie können finanziert werden, wenn sich denn bei den Ärztinnen und Ärzten die Überzeugung und der Wille durchsetzt, das Preis-Leistungsverhältnis in der Arzneimittelversorgung zu verbessern. Und da sind die pharmazeutischen Hersteller weit weniger hilfreich als unabhängige Institutionen wie z.B. die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Rationalität in der Arzneimitteltherapie wird nur durch rationale Empfehlungen erreicht werden können – Institutionen, die auf Absatz und Umsatz achten, sind hier schlechte Ratgeber. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassen sind hier gefordert, Hilfestellung zu leisten, der § 70 des SGB V verpflichtet sie hierzu, diese Verpflichtung sollten sie auch endlich annehmen.

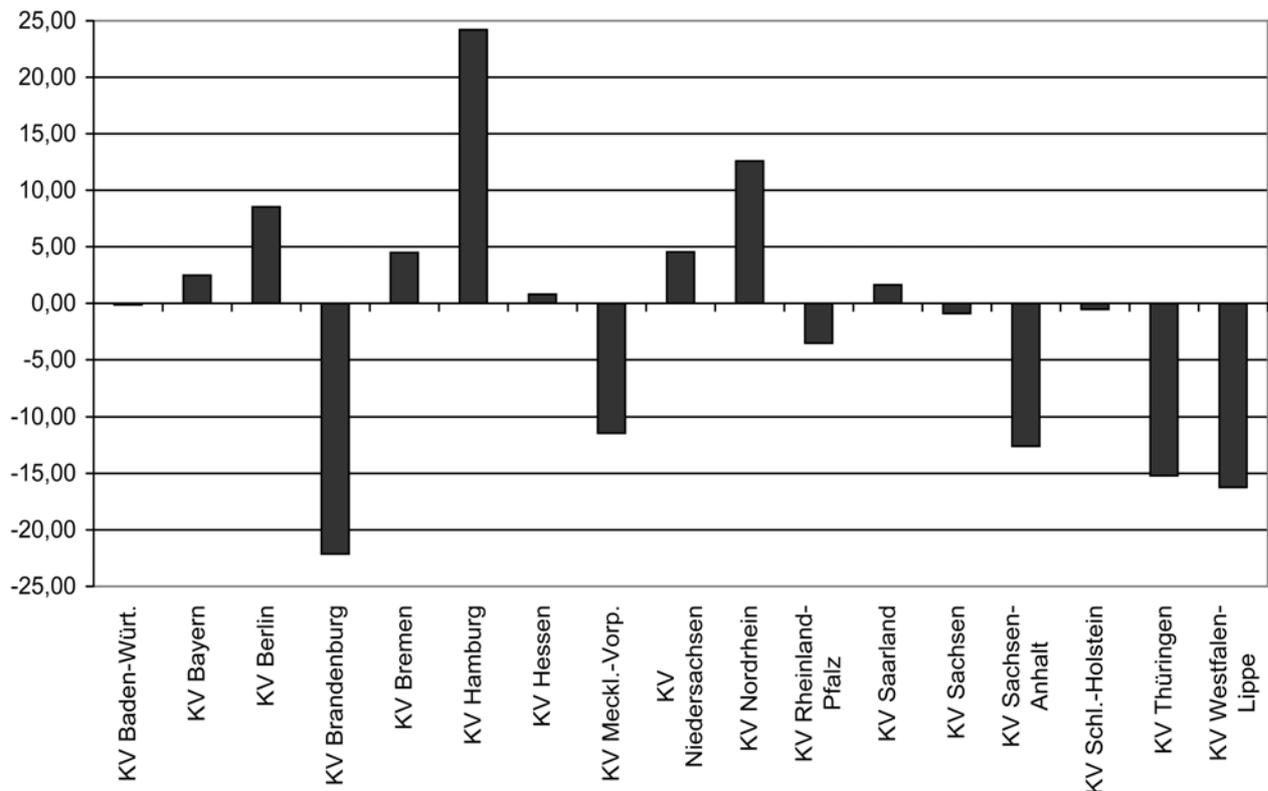
Ausgaben nach Kassenärztlichen Vereinigungen – für alle und für umstrittene Arzneimittel

Varianzen zwischen den standardisierten Ausgaben in den unterschiedlichen Kassenärztlichen Vereinigungen, die nicht durch Morbiditätsunterschiede oder durch Unterschiede im Alter und im Geschlecht der Patienten erklärt werden können, weisen auf ein unterschiedliches Verständnis der Versorgungsqualität mit Arzneimitteln hin. Und die Unterschiede sind durchaus erheblich – hier sind weitere Untersuchungen notwendig, um diese Differenzen zu erklären.

Unterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen

Betrachtet man die Ausgaben im Vergleich der Jahre 2004 und 2005, so werden die schon in den Kennzahlen beobachteten Steigerungen deutlich: Die durchschnittlichen Ausgaben pro hundert Versicherte stiegen von 21.043 Euro im Jahre 2004 auf 22.960 Euro im Jahre 2005 an (+9,2%). Die Steigerungen sind in allen KVen zu beobachten. Bezogen auf den Durchschnittsausgabenwert gibt es jedoch erhebliche Abweichungen in einzelnen KVen: So liegen die Ausgaben in Hamburg, Nordrhein, Berlin, Niedersachsen und Bremen zwischen 24 und 4% über dem Schnitt, in Brandenburg, Westfalen-Lippe, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz zwischen 22 und 3,5% unter dem Schnitt. Die Ausgaben in den KVen Baden-Württemberg, Hessen, Saarland, Sachsen und Schleswig Holstein weichen lediglich zwischen 1 und 2% vom Durchschnitt ab.

Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in % nach KV-Regionen bei den Gesamtausgaben in 2005
(Bundesdurchschnitt 22.961,17 € pro 100 Vers.)



Gegenüber dem Jahre 2004 gibt es keine auffälligen Verschiebungen zwischen den KVen – es besteht daher nach wie vor Informationsbedarf zugunsten von mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung. Durch die Zusammenlegung mehrerer KV-Bereiche zur KV Baden-Württemberg ist allerdings einer der Überschreitungs-spitzenreiter der vergangenen Jahre, nämlich Nordbaden, „neutralisiert worden – allerdings ist noch ein gewisser Überhang der KV Baden-Württemberg bei den umstrittenen Mitteln zu erkennen – die Ausgangssituation ließe sich in dieser neu organisierten KV sicherlich weiter verbessern.

Natürlich kann gemutmaßt werden, dass das Alter der Versicherten für die Erklärung der Ausgabenunterschiede eine wichtige Rolle spielt – je älter die Versicherten sind, desto höher fallen die Arzneimittelkosten wegen der mit dem Alter typischerweise häufiger auftretenden Krankheiten aus. Erkennbar ist allerdings, dass im Stadtstaat Bremen die Durchschnittsausgaben pro 100 GEK-Versicherte bei einem Durchschnittsalter von 38,8 Jahren knapp 24.000 Euro beträgt, dass aber in Nordrhein mit einem geringeren Durchschnittsalter von 38,0 Jahren die Durchschnittsausgaben mit 25.850 Euro deutlich höher liegen. Dabei wird immer wieder vermutet, dass die Arzneimitteltherapie in Stadtstaaten wegen des höheren Fachärzteanteils deutlich teurer sein als in Flächenstaaten – so jedenfalls die Erklärung beim Ausgaben-spitzenreiter Hamburg. Dass dies aber nicht zwangsläufig so sein muss, zeigt der Vergleich Bremen – Nordrhein, offensichtlich haben die pharmakotherapeutischen Beratungsprogramme in Bremen positive Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit gehabt. Dies sollte anderen KV-Bereichen Mut machen, ihre Anstrengungen zu verstärken.

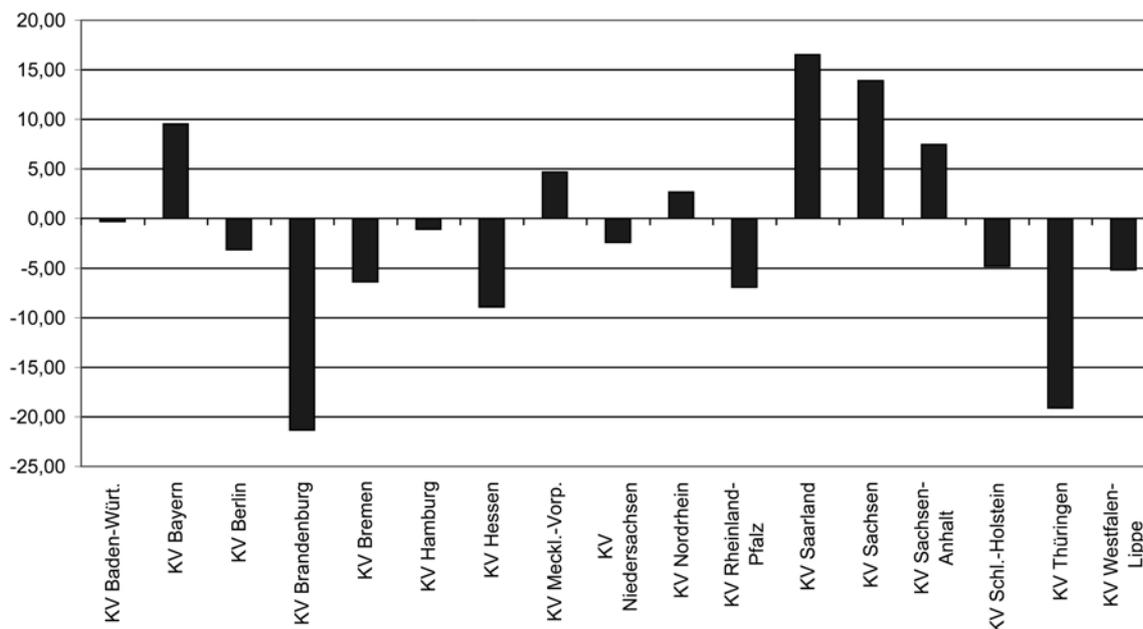
Umstrittene Arzneimittel

Zu dieser Gruppe gehören vor allem Arzneimittel, die entweder ihre therapeutische Wirksamkeit und ihren Nutzen in der Behandlung oder auch Vorbeugung noch nie ausreichend in adäquat geplanten und durchgeführten klinischen Prüfungen nachweisen konnten, deren Verordnung nach dem derzeit anerkannten herrschenden Kenntnisstand in der Medizin (siehe § 2 des SGB V) von zweifelhafter Rationalität ist oder die als Analog- oder me-too-Präparate klassifiziert werden, für die es längst preisgünstigere und therapeutisch gleichwertige Alternativen gibt (z.B. Analoginsuline). Hierunter fallen aber auch vor allem Kombinationen, deren Zusammensetzung als wenig oder gar nicht sinnvoll bewertet werden muss. Die „umstrittenen“ und bestimmte substituierbare Mittel belasten die Ausgaben der GEK nach wie vor, wenn auch in sinkendem Umfang. Insgesamt entfallen auf diese Mittel aber noch 4,71% der Gesamtausgaben, also 16,8 Mio. Euro. Zu diesen Arzneimitteln gehören u.a nicht sinnvolle Kombinationen wie Schmerzmittel mit Vitaminzusätzen, äußerlich anwendbare antiallergisch wirkende Mittel, Pilzmittel mit Kortisonzusatz, äußerlich aufzutragende Rheuma- und Venenmittel, äußerlich aufzutragende Lokalantibiotika, Enzympräparate, pflanzliche Mittel gegen Herzschwäche, Magnesiumpräparate, Laxantien, Kombinationen von Mitteln zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen, Immunstimulanzien, Mittel gegen niedrigen Blutdruck, sog. durchblutungsfördernde Mittel, bestimmte Diabetes-Mittel (z.B. alpha-Glucosidasehemmer), Gallen- und Lebermittel sowie viele Expektorantien und Grippemittel. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes am 1.1.2004 sind allerdings viele nicht rezeptpflichtige Mittel, die zur Gruppe der umstrittenen Präparate gehören, von der Verordnung für alle Versicherten über 12 Jahre ausgegliedert worden, für Kinder bis zum 12. Lebensjahr sind allerdings alle auch nicht rezeptpflichtigen Mittel weiter verordnungsfähig, wenn nicht die gesamte Indikation ausgeklammert ist. Eine Auflistung von Ausnahmen von dieser grundsätzlichen Verordnungsverbot bei Versicherten über 12 Jahren ist erstellt worden: Dabei geht es um nicht-verschreibungspflichtige Mittel, die zum Standard in einer Therapie gehören (z.B. Acetylsalicylsäure (ASS)) zur Vermeidung eines erneuten Herzinfarktes oder Schlaganfalls; siehe Arzneimittel-Richtlinien Punkt 16.4, einzusehen auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses (<http://www.g-ba.de>). Die häufigen Diskussionen in den vergangenen Jahren über die Unwirtschaftlichkeit der wenig nützlichen Mittel aus dem Bereich der „umstrittenen“ Mittel haben zwar dazu geführt, dass die Verordnungsmenge und damit die Ausgaben für die Mittel deutlich abgenommen haben, dennoch machen sie noch immer 4,71 % der Ausgaben und rund 10,25 % der verordneten Packungen bei der GEK aus – umgerechnet etwa 10,80 Euro pro Versichertem. Rund 16,8 Mio. Euro könnten auch weiterhin eingespart werden, wenn die umstrittenen Mittel endlich aus der Arzneimittelversorgung im Rahmen der GEK „verschwinden“ würden. Sie fehlen in der Therapie nicht, sie sind schlicht überflüssig. Einige Verordnungen dieser Mittel müssen ohne Zweifel durch sinnvolle, notwendige und wirtschaftliche Arzneimittel substituiert werden. Dennoch bleibt ein Einsparpotenzial insbesondere bei solchen Mitteln übrig, die für eine Behandlung schlichtweg überflüssig sind.

Noch immer entfallen also rund 10,80 Euro pro Jahr für „umstrittene“ oder für bestimmte unwirtschaftliche Arzneimittel auf jeden Versicherten der GEK – ein Betrag, der eingespart werden sollte, um neue und meist teure Innovationen wie Interferone bei Multipler Sklerose oder Hepatitis C, monoklonale Antikörper (z.B. Herceptin bei Brustkrebs), Cholinesterasehemmer zur Verzögerung des Fortschreitens der Alzheimer

Krankheit oder atypische Neuroleptika zur Behandlung von Psychosen und Schizophrenien bezahlen zu können. Der Anteil der „umstrittenen Arzneimittel“ zeigt allerdings große Varianzen in den einzelnen KVen. So ist der Anteil im Saarland, in Sachsen und in Bayern am höchsten. Insbesondere in Bayern sollten daher alle Anstrengungen weiter intensiviert werden, die Häufigkeit der Verordnung umstrittener Arzneimittel zu reduzieren, weil die KV Bayerns auch bei den sonstigen Arzneimittelausgaben bei der GEK etwa 12% über dem Bundesschnitt liegt. Eine Verringerung bei den Ausgaben für „umstrittene“ Mittel würde diese Abweichung vom Bundesdurchschnitt auch um einige Prozentpunkte absenken helfen. Die Auswertungen für die einzelnen KVen zeigen, wie abweichend der Anteil der sog. umstrittenen Arzneimittel nach Kosten und Menge an den Gesamtausgaben in der jeweiligen KV ausfällt. Verordnungsanalysen, wie sie von der GEK bereit gestellt werden, bieten daher eine gute Basis dafür, regionale Auffälligkeiten bei den Mengen, den Ausgaben und der Versorgungsqualität zu entdecken und mit wirksamen Strategien pharmakotherapeutische Informationen zu vermitteln.

Abbildung 3 Übersicht über die Abweichungen der Ausgaben für „umstrittene Mittel“ in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in %, gemessen am Schnitt von 1.082,24 Euro pro 100 Versicherte zusammen.



Sonderauswertungen

1. Hormontherapie

Die Hormontherapie in und nach den Wechseljahren ist weiterhin ein Thema sowohl in den einschlägigen Fachzeitschriften als auch in der Tagespresse. Immer wieder wird ihr Nutzen und Schaden kontrovers diskutiert und es fällt nach wie vor schwer, entgegen der Marketingstrategien der Pharmakonzerne eine evidenzbasierte Diskussion zu entfachen bzw. die gewonnenen Erkenntnisse zu etablieren. Obwohl spätestens seit der Veröffentlichung der Women's Health Initiative Study (WHI) jedem klar sein dürfte, dass die Hormontherapie in und nach den Wechseljahren mit einem enormen Gesundheitsrisiko für die behandelten Frauen einhergehen kann und sich viele Versprechungen hinsichtlich eines Nutzens nicht bestätigt haben.

Die neuesten Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien ändern nichts an der Bewertung der Hormontherapie. So ist sie weiterhin nicht zur Prävention verschiedener chronischer Krankheiten, wie z.B. Herz-Kreislauferkrankungen geeignet. Darüber hinaus sollte sie, wenn keine Alternativen zur Verfügung stehen, immer so kurz und so niedrig dosiert wie möglich durchgeführt werden.

Kosten der Hormontherapie

Bei den Kosten für die Hormontherapie in und nach den Wechseljahren lässt sich im zeitlichen Verlauf zunächst ein Rückgang bis zum Jahr 2004 sowohl absolut als auch bezogen auf die Kosten pro Frau feststellen. Von 2004 auf 2005 steigen die Kosten jedoch wieder an.

Abbildung 4 Durch die Hormontherapie entstandene Kosten der GEK im zeitlichen Verlauf anhand durchgängig versicherter Frauen

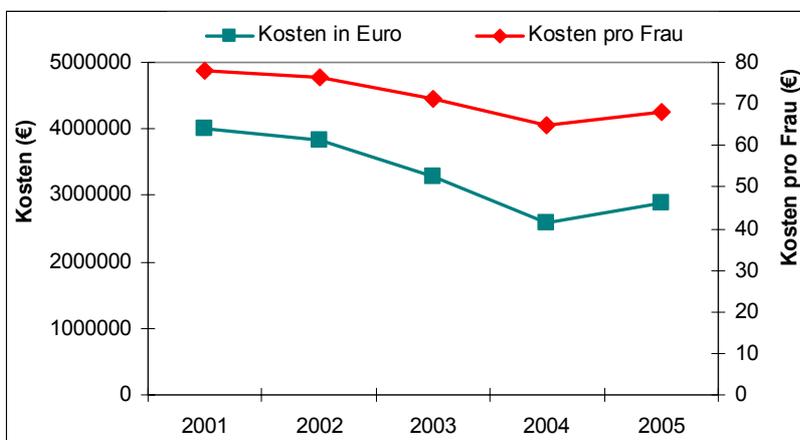
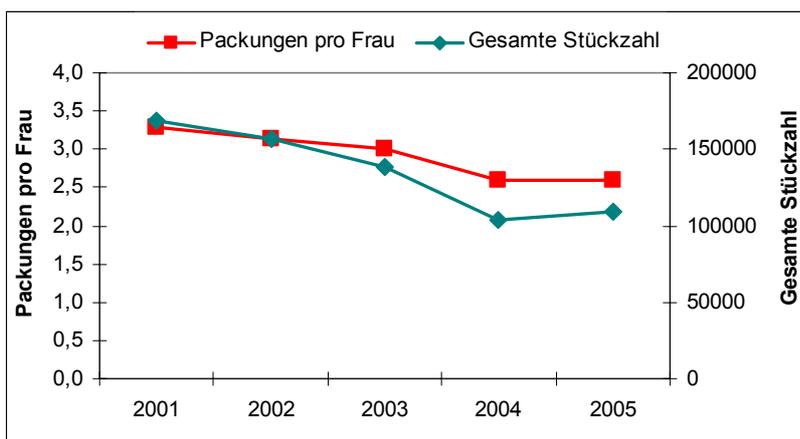


Abbildung 5 Verordnete Packungen zur Hormontherapie bei den durchgängig versicherten Frauen der GEK im zeitlichen Verlauf



Die Anzahl der verordneten Packungen zur Hormontherapie zeigt einen etwa analogen Verlauf wie die Kosten. Der erneute Anstieg von 2004 auf 2005 ist hier jedoch weniger ausgeprägt. Insgesamt wurden für die Hormontherapie 109.577 Packungen verordnet,

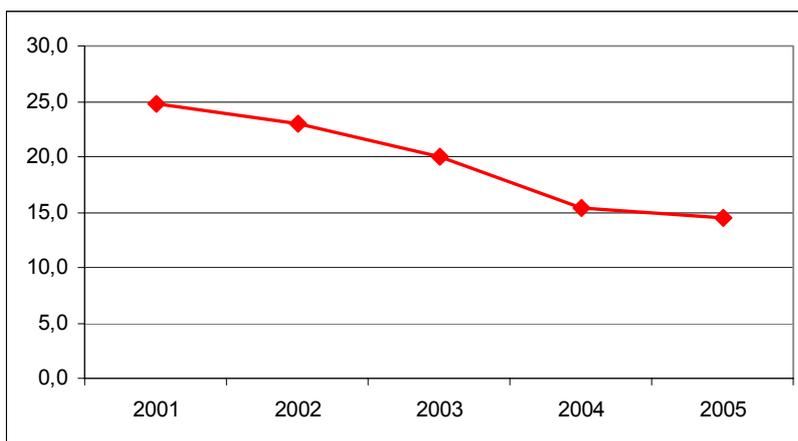
bezogen auf alle verordneten Arzneimittel bei den versicherten Frauen der GEK entspricht dies einem Anteil von etwa 2,5%.

Der von 2004 zu 2005 festgestellte Anstieg der verordneten Packungen liegt bei etwa 6%, während die dadurch verursachten Kosten um etwa 11% angestiegen sind.

Im Jahr 2004 kam das neue Produkt Angeliq (Firma Schering) auf den Markt. Es wurde beworben, besonders niedrig dosiert zu sein. Angeliq muss jedoch aufgrund der in Deutschland eingesetzten Dosierung als Hochdosispräparat eingestuft werden.

Die Werbestrategien der Firma Schering scheinen jedoch erste Früchte zu tragen: so ist die Verordnung von Angeliq im Vergleich zum Jahr 2004 um mehr als das sechsfache angestiegen. Im Jahr 2004 wurden 172 Packungen zum Gesamtpreis von 9.194,26 Euro verordnet, das entspricht 12.880 DDD. In 2005 waren es bereits 1.050 Packungen zum Preis von 60.188 Euro mit einer DDD-Menge von 84.168. Sollte sich dieser Trend fortsetzen, entstehen dem Gesundheitswesen enorme Kosten, weil die Therapie mit Angeliq etwa doppelt so teuer ist wie die mit vergleichbaren Präparaten. Als Beispiel wurde der Preis pro DDD für Angeliq (0,71 Euro) verglichen mit Activelle (0,39 Euro).

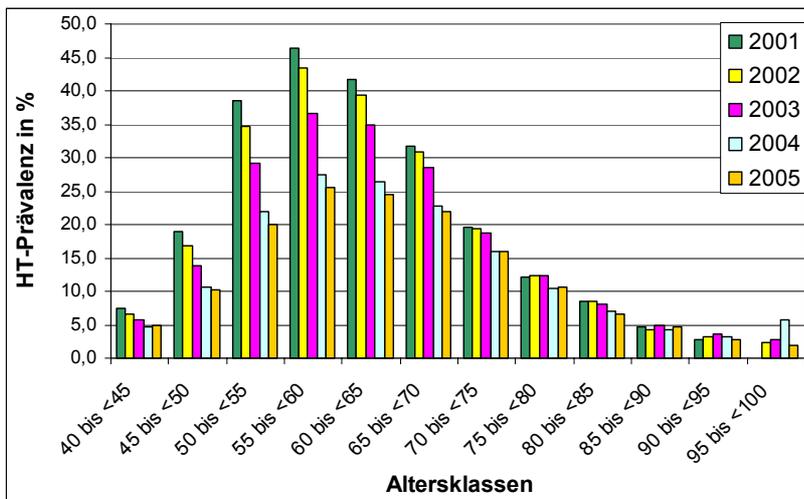
Abbildung 6 Rohe Verordnungsprävalenz der Hormonpräparate bei den durchgehend versicherten Frauen der GEK im Alter zwischen 40 und 100 Jahren in der Zeit von 2001 bis 2005



Im Vergleich zum Jahr 2004 mit einer alterstandardisierten Verordnungsprävalenz von 15,9 ist nur ein marginaler Rückgang bis zum Jahre 2005 mit 15,03% bei den Verordnungen festzustellen.

Der Rückgang der Verordnungen von Hormonpräparaten im Jahre 2005 zeigt sich besonders deutlich in den Altersklassen von 50 bis 65 Jahren. Während im Jahr 2001 im Altersbereich zwischen 50 und 70 Jahren beinahe jede zweite Frau mit Hormonen behandelt wurde, war es im Jahr 2003 noch nahezu jede dritte versicherte Frau der GEK, die mindestens eine Verordnung mit einem Hormonpräparat aufwies. Für 2004 und 2005 ist dies nur bei etwa jeder vierten versicherten Frau festzustellen.

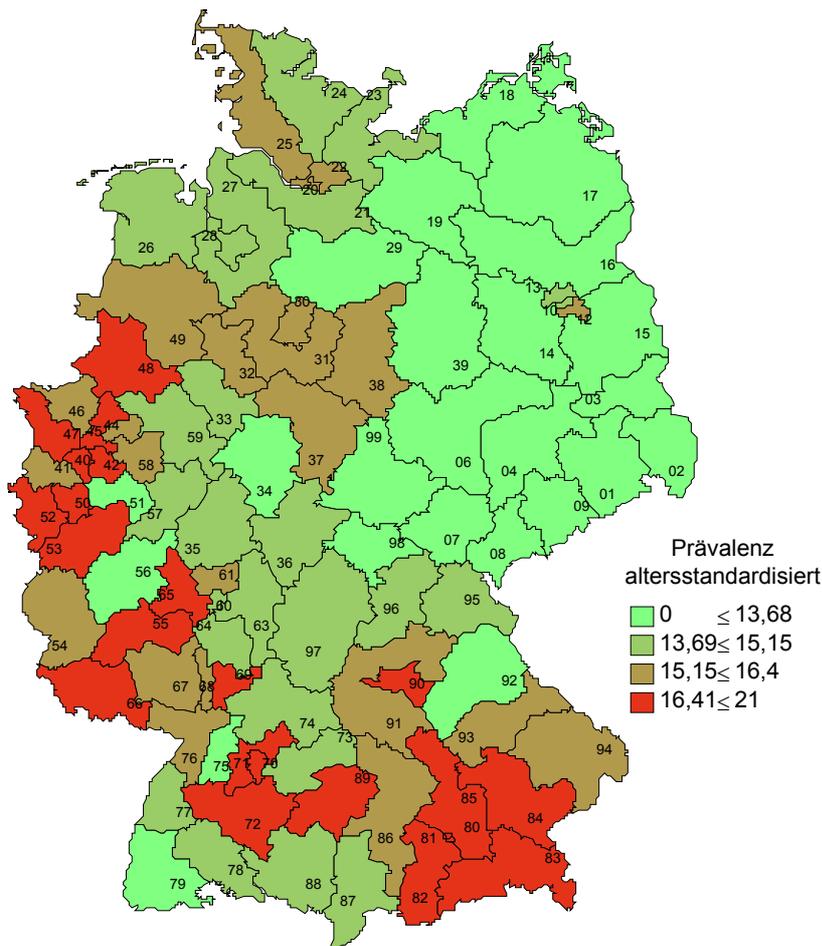
Abbildung 7 Anteil der Hormonanwenderinnen unter den weiblichen durchgehend Versicherten der GEK nach Alter



Regionale Unterschiede

Die Auswertungen zur regionalen Verteilung wurden anhand der altersstandardisierten Verordnungsprävalenzen mit Hilfe der zweistelligen Postleitzahlen dargestellt. Wie aus der Abbildung ersichtlich wird, zeigt sich hier wieder der Ost-West-Unterschied in der Verordnungsprävalenz, mit eher niedrigen Werten in den neuen und eher höheren in den alten Bundesländern.

Abbildung 8 Verordnungsprävalenz der Hormontherapie im Jahr 2005 altersstandardisiert (KM 6)



Anhand der berechneten Differenz zeigt sich, dass es in drei KV-Regionen zu einem Anstieg der altersstandardisierten Werte gekommen ist, während alle anderen Regionen eine weitere Reduzierung aufweisen. Den höchsten Anstieg verzeichnet Süd-Württemberg (106%), während marginale Anstiege für Rheinhessen (101%) und Bremen (101%) festgestellt werden können.

Aufgrund der Zusammenlegung verschiedener Kassenärztlicher Vereinigungen werden zukünftige Auswertungen nur noch anhand von 17 KV-Regionen erfolgen. Die Grundlage bilden die in diesem Jahr erstmals berechneten Werte (s. nachfolgende Tabelle). Die höchste altersstandardisierte Prävalenz liegt dabei in der KV Nordrhein vor, gefolgt von Bayern, während die niedrigsten Prävalenzen in den KVen der neuen Bundesländer zu finden sind, wie z.B. Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Brandenburg.

2. Arzneimittel für ältere Menschen und Nutzung der Beers-Liste

Bei der Behandlung multimorbider Patienten mit Arzneimitteln hängt der Erfolg und die Verträglichkeit der Therapie ganz entscheidend davon ab, ob die Priorisierung der zu behandelnden Krankheiten und Symptome korrekt erfolgte und nur die wirklich angemessene Anzahl an Arzneimitteln appliziert wird. Es ist im Alter nämlich

keineswegs sinnvoll, jede behandelbare Krankheit separat zu betrachten und jeweils bestmöglich zu behandeln, sondern die Wichtigsten zu erkennen und adäquat zu therapieren.

Diesem Leitgedanken der Arzneimitteltherapie älterer Menschen liegt zu Grunde, dass die Häufigkeit von Medikationsfehlern, Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen mit steigender Anzahl von Wirkstoffen überproportional zunimmt. In Fachkreisen gilt heute eine Anzahl von maximal 4 Arzneimittel(wirkstoffen) bei geriatrischen Patienten als Zielgröße.

Einen Einblick in das tatsächliche Verordnungsgeschehen geben die folgenden Abbildungen. Hier ist nach Alter und Geschlecht getrennt der Anteil der Versicherten mit 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr Wirkstoffen im Jahr 2005 dargestellt. Der überwiegende Anteil der verordneten Medikamente wird in diesem Alter zur Behandlung chronischer Krankheiten und damit über einen langen Zeitraum kontinuierlich angewendet. Wenn man berücksichtigt, dass weitere Arzneimittel zusätzlich im Laufe des Jahres für akut auftretende Erkrankungen über einen kurzen Zeitraum erforderlich werden können, so scheint auch eine Anzahl von fünf bis acht Wirkstoffen mit Einschränkungen noch plausibel. In unseren Ergebnissen überrascht allerdings der hohe Anteil der Versicherten (30-40%), die bereits derart viele Wirkstoffe verordnet bekommen. Eine größere Anzahl an Wirkstoffen kann allenfalls im Einzelfall begründet werden. Allerdings weist der hohe Anteil von Versicherten beispielsweise 40% bei den 85- bis 90-jährigen Frauen, die mehr als 8 Wirkstoffe im Laufe eines Jahres verordnet bekommen, daraufhin, dass Handlungsbedarf besteht.

Abbildung 9 Anteil der männlichen Versicherten im Alter ab 65 Jahren mit 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr verordneten Wirkstoffen im Jahr 2005

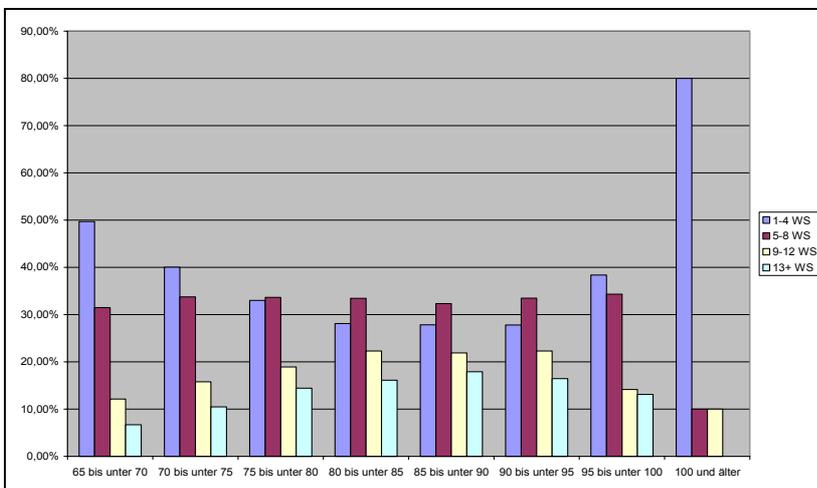
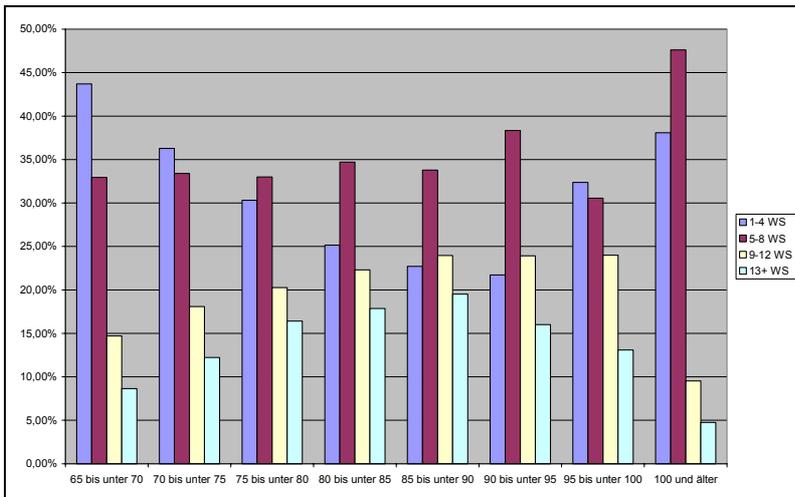


Abbildung 10 Anteil der weiblichen Versicherten im Alter ab 65 Jahren mit 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr verordneten Wirkstoffen im Jahr 2005



Welche Mittel werden verordnet? Auf den ersten Positionen findet man hier bei den 65-Jährigen und älteren erwartungsgemäß v.a. Arzneimittel, die bei Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, bei Diabetes mellitus, bei rheumatischen Erkrankungen und gegen Schmerzen angewendet werden. Ferner findet man bei Männern Verordnungen für Mittel zur Behandlung von Prostataerkrankungen (Urologika) und Gicht und bei Frauen Sexualhormone und Schilddrüsentherapeutika.

Betrachtet man bei den Herz-Kreislauf-Therapeutika die Wirkstoffgruppen der Beta-Blocker und der Diuretika, zwei ältere und preisgünstige Wirkstoffgruppen mit sehr gut nachgewiesener Wirksamkeit hinsichtlich der Blutdrucksenkung und der Reduzierung von Folgeerkrankungen in der Bluthochdrucktherapie, so fällt zunächst im Geschlechtervergleich auf, dass mehr Frauen (35,2% bzw. 24,7% der versicherten Frauen) Verordnungen dieser Mittel bekommen als Männer (34,0% bzw. 18,5% der versicherten Männer). Andere, neuere und meist teurere Herz-Kreislauf-Therapeutika (z.B. ACE-Hemmer/AT-II-Antagonisten = Mittel mit Wirkung auf das RA-System) werden mehr Männern als Frauen verordnet (44,1% vs. 41,9%). Die vorliegenden Daten erlauben allerdings keine abschließende qualitative Bewertung dieser Verordnungsunterschiede. Hierzu müssten die zu Grunde liegenden Indikationen berücksichtigt werden.

Betrachtet man die am häufigsten verordneten Wirkstoffe für die Versicherten der Altersgruppen ab 65, so findet man im Geschlechtervergleich in den ersten Positionen bis Rang 8 nur wenige Unterschiede: bei beiden Geschlechtern stehen Herz-Kreislauf-Mittel im Vordergrund. Rang 4 bei den Männern zeigt, dass deutlich mehr Männer als Frauen mit größeren Mengen des Wirkstoffes Acetylsalicylsäure (ASS) als Thrombozytenaggregationshemmer versorgt werden. ASS ist ein wichtiger Wirkstoff in der Behandlung der Koronaren Herzkrankheit. Der Unterschied kann darauf hindeuten, dass bei Frauen eine Unterversorgung besteht oder ggfs. auch, dass Frauen diesen Wirkstoff häufiger im Rahmen der Selbstmedikation anwenden (müssen). Als weitere Unterschiede sollen noch die häufigere Verordnung des Schilddrüsenhormons Levothyroxin-Natrium für Frauen und des Gichtmittels Allopurinol für Männer erwähnt werden.

Besonders häufig bekommen ältere Menschen auch Psychopharmaka verordnet. Berücksichtigt werden dabei Wirkstoffe zur Behandlung von Psychosen sowie

angstlösende, beruhigende und schlaffördernde Mittel v.a. aus der Gruppe der Benzodiazepine und die für die betrachtete Altersgruppe relevanten Antidepressiva und Antidementiva.

Der Anteil der Frauen im Alter von mindestens 65 Jahren mit Psychopharmaka-Verordnungen liegt mit 17,6% ca. 2 - 3mal so hoch wie der Anteil der Männer mit 7,7%. Dies zeigt sich auch bei Betrachtung der bedeutendsten Untergruppen Antidepressiva, Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa: 14,4% der Frauen und 6,0% der Männer bekommen Antidepressiva verordnet. In der Gruppe der Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa finden sich zahlreiche abhängigkeits erzeugende Wirkstoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine. Insbesondere im höheren Lebensalter verlangt die Verordnung dieser Arzneistoffe besondere Sorgfalt und Aufmerksamkeit durch den behandelnden Arzt – nicht zuletzt, um Stürze und Frakturen in Folge der verringerten Konzentrationsfähigkeit und Gangunsicherheit zu vermeiden.

Rund 8,8% der Frauen und 4,1% der Männer bekommen Anxiolytika und 6,4% der Frauen und 3,6% der Männer bekommen Hypnotika/Sedativa verordnet. Die durchschnittlichen verordneten Mengen pro Arzneimittelpatientin bzw. -patient reichen für einen durchgängigen Zeitraum von 2 bis 4 Monaten - für die Benzodiazepine ausreichend lange, um eine Abhängigkeit zu induzieren.

Die Beers-Liste

Die Arzneimitteltherapie älterer Patienten ist - mehr als in vielen anderen medizinischen Bereichen – von der Erfahrung des Therapeuten abhängig. Klinische Studien, die Aufschluss über Wirkungen und Nebenwirkungen in dieser Bevölkerungsgruppe geben, fehlen in der Regel. Hier besteht – aus der Sicht des Patienten – eine tragische Analogie zur geschlechtsspezifischen Arzneimitteltherapie und auch zur Therapie im Kindesalter. Noch immer ist es bemerkenswert, dass gerade die Bevölkerungsteile, die besonders häufig unter Alltagsbedingungen mit Arzneimitteln behandelt werden, bei den Zulassungsstudien kaum Berücksichtigung finden.

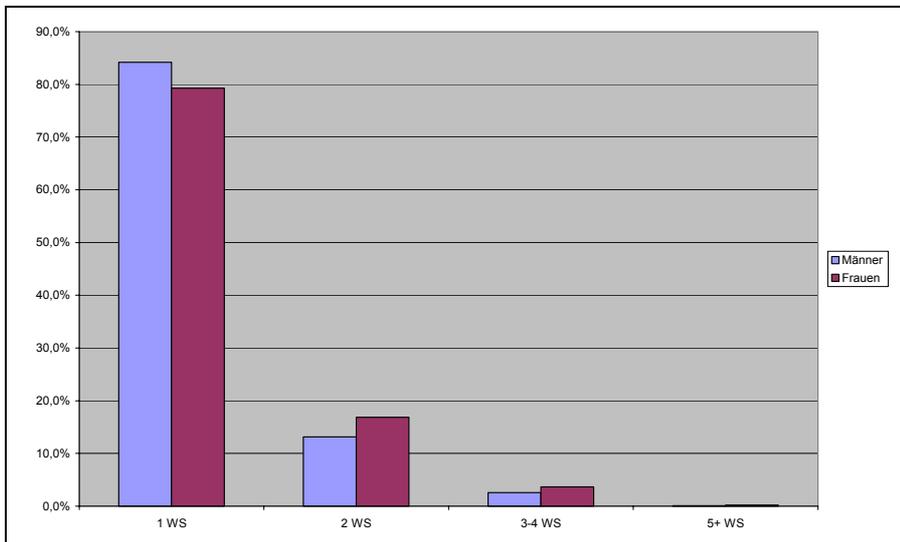
Der Amerikaner Mark Beers hat im Jahr 1991 erstmals eine Liste mit Arzneimitteln veröffentlicht, die bei der Anwendung bei älteren Patienten als problematisch erachtet werden. Grundlage für die Erstellung der Liste war eine durch Literaturrecherche erstellte Sammlung von unerwünschten Wirkungen bei älteren Patienten. Die Sammlung wurde im Expert Panel-Verfahren diskutiert, geprüft und bewertet und als Liste publiziert. Die Liste aus dem Jahr 1991 bezog sich zunächst auf Altenheimbewohner. 1997 wurde von der gleichen Arbeitsgruppe eine Liste für den ambulanten Bereich erstellt. Überarbeitungen folgten in den Jahren 2001 und 2003. Die Liste rief großes Interesse bei Klinikern und Wissenschaftlern hervor und wurde Grundlage zahlreicher Publikationen. Die **Beers-Liste** wurde für den amerikanischen Markt generiert – die Übertragbarkeit auf andere Länder ist wegen der zum Teil großen Abweichungen der verfügbaren Arzneimittelspektren teilweise erheblich eingeschränkt. Für den kanadischen Markt wurde eine angepasste Liste veröffentlicht, für Deutschland bzw. Europa steht diese Adaption noch aus.

In einer Anfang 2005 erschienenen Publikation zum Gebrauch solcher im höheren Lebensalter zu vermeidenden Arzneimittel im europäischen Vergleich wurde ermittelt, dass in Europa zwischen 6% (Dänemark) und 42% (Tschechische Republik) der älteren Patienten behandelt werden. **Die Liste der zu vermeidenden Arzneimittel** wurde aus den Listen von Beers aus den Jahren 1997 und 2003 und von McLeod aus dem Jahre

1997 entwickelt. Basis der folgenden Auswertungen der GEK-Daten aus dem Jahre 2005 waren die Wirkstoffe der von Fialova et al. zusammengestellten Liste. Im Jahr 2005 bekamen insgesamt 13.417 bei der GEK versicherte Männer und 15.206 Frauen aus der Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren mindestens einen der Wirkstoffe aus der Liste verordnet. Das entspricht insgesamt einem Anteil von **20% der Versicherten bzw. 22% der Arzneimittelpatienten**. Männer sind seltener von einer solchen Verordnung betroffen als Frauen: 18% der männlichen Arzneimittelpatienten und fast 27% der weiblichen Arzneimittelpatienten bekommen einen Wirkstoff aus der Fialova-Liste. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland zusammen mit Finnland und Italien in Bereichen mit einer hohen Verordnungsprävalenz solcher zu vermeidender Wirkstoffe.

In der folgenden Abbildung ist der Anteil der Versicherten ab dem 65. Lebensjahr mit 1, 2, 3-4 oder 5 und mehr verordneten Wirkstoffen (WS) der Liste nach Geschlecht dargestellt. Immerhin bekommen bei den Frauen der betroffenen Gruppe über 20% und bei den Männern über 15% sogar mehr als einen Wirkstoff aus der Liste.

Abbildung 11 Anteil der Versicherten im Alter ab 65 Jahren mit 1, 2, 3-4 oder 5 und mehr verordneten Wirkstoffen der Liste nach Geschlecht



Die am häufigsten verordneten Wirkstoffe der Fialova-Liste nach verordneten Tagesdosierungen sind z.B. Amiodaron, Amitriptylin, Doxepin und kurzwirksame Nifedipinpräparate. Diese Wirkstoffe sollten nach Beers wegen möglicher schwerer Nebenwirkungen in der Gruppe älterer Menschen nicht mehr angewendet werden: Bei Amiodaron wegen des Auftretens von Torsade de pointes-Arrhythmien, bei Amitriptylin und Doxepin wegen der anticholinergen und sedierenden Nebenwirkungen, bei Doxazosin Hypotension, trockener Mund und Miktionsprobleme und bei Reserpin in Dosen über 0,25 mg Depression, Hypotension, Sedierung und Impotenz; kurzwirksames Nifedipin sollte bei älteren Menschen nach Beers wegen der Gefahr des Auftretens von Hypotension und Obstipation nicht gegeben werden. Nach McLeod sollte grundsätzlich kein Calcium-Kanalblocker (Nifedipin u.a.) zur Bluthochdrucktherapie gegeben werden, wenn gleichzeitig eine Herzinsuffizienz besteht – bei den über 80-Jährigen betrifft dies ca. 10% (Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, 2001). Zahlreiche weitere Kontraindikationen (z.B. instabile Angina pectoris, Kardiomyopathie), Neben- (z.B. Knöchelödeme) und Wechselwirkungen (z.B.

mit Digoxin, Theophyllin und nichtsteroidale Antiphlogistika) des Wirkstoffes Nifedipin sollten zumindest zu einem vorsichtigen und zurückhaltenden Einsatz dieses Wirkstoffes im höheren Lebensalter führen – nicht zuletzt weil es besser geeignete Alternativen gibt.

Die vorliegenden Analysen zur Anwendung von Arzneimitteln, die nach Expertenmeinung in der Therapie älterer Menschen vermieden werden sollen, geben einen Einblick in die dringend verbesserungsbedürftige Verordnungssituation in Deutschland. Insbesondere die Erstellung einer nationalen Präparatelite, die die zahlreichen Besonderheiten des deutschen Arzneimittelmarktes berücksichtigt, wäre sowohl für die ärztliche Tätigkeit als auch für die Versorgungsforschung ein wesentlicher Fortschritt und eine Grundlage für die Optimierung der Arzneimitteltherapie älterer Menschen in Deutschland. Ältere Menschen bekommen die meisten, wenn auch nicht die teuersten Arzneimittel und verursachen mit 27,2% den höchsten Arzneimittelausgabenanteil. Die vorgestellten Auswertungen zeigen dringenden Handlungsbedarf und zahlreiche Optimierungspotenziale. Im Vordergrund steht dabei die Abkehr von einer Behandlung einzelner Krankheitsbilder nebeneinander hin zu einer komplexen Therapie älterer Menschen. Dies wäre nicht nur der Therapiequalität zuträglich, sondern auch unter ökonomischen Aspekten sinnvoll. Diesen Aspekt hat auch der Gemeinsame Bundesausschuss mit seinem Beschluss vom 16. Mai 2006 gesehen, in dem er die Einrichtung strukturierter Behandlungsprogramme für mehrfach chronisch Erkrankte empfiehlt. (Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.5.2006). „Altsein“ wird oft mit „Kranksein“ gleich gesetzt; leider trifft das in vielen Fällen auch zu. Aber gerade Arteriosklerose, Hypertonie und Diabetes, sind stark vom eigenen Verhalten abhängig. Diesen Krankheiten kann durch eine gesunde Lebensweise vorgebeugt werden – und dies ist die beste und sicherste Optimierungsmaßnahme. **Das Altern für sich genommen ist nämlich keine Krankheit!**

Die PDF-Datei des Arzneimittelreports kann auf der Homepage der GEK unter folgendem Link heruntergeladen werden:

<http://www.gek.de/presse/studien/arzneimittel/index.html>

Quelle: Mitteilung vom 23.6.2006

Gmünder ErsatzKasse GEK
Stabsstelle Medizinisches Versorgungsmanagement
Gottlieb-Daimler-Str. 19
73529 Schwäbisch Gmünd
Tel.: 07171/801-748
Fax: 07171/801-140748
E-Mail: rainer.willaredt@gek.de
Internet: <http://www.gek.de>