



Rabattverträge sorgen dafür, dass Kranke häufiger als medizinisch sinnvoll ihnen unbekannte Medikamente erhalten. Das verunsichert Patienten und bedeutet für Apotheker erhebliche Mehrarbeit.

Foto: PZ/Archiv

Untersuchung

Machen Rabattverträge krank?

Von Professor Dr. Gudrun Neises, Professor Dr. Achim Menges, Professor Dr. Ingo Palsherm, Janine Stangl¹, Christoph Schneider², Dr. Jürgen Bausch³ / *Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaherstellern sind seit ihrer »Scharfstellung« durch die Abgabeverpflichtung der Apotheken (April 2007) zu einem viel diskutierten Instrument im Arzneimittelmarkt geworden, das alle Versorgungsebenen erfasst und mit Blick auf seine Folgewirkungen einer ordnungspolitischen Diskussion bedarf. Eine gesundheitsökonomische Untersuchung der Hochschule Fresenius befasst sich mit den Auswirkungen der Rabattverträge.*

Untersucht werden deren medizinische und ökonomische Folgen. Die Rabattverträge waren ursprünglich gedacht als ein gesundheitspolitisches Instrument, um die Ausgabensteigerungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Darüber hinausgehende Folgewirkungen wurden bei ihrer Einführung nicht diskutiert. Mit den Rabattverträgen sollen die Krankenkassen vergünstigte Preise und die Pharmahersteller im Gegenzug das »Exklusiv-Recht« der Arzneimittelversorgung der Versicherten dieser Krankenkassen erhalten. Im Juli 2009 gab es 9525 dieser Rabattverträge zwischen 187 Krankenkassen und

139 pharmazeutischen Unternehmen (Pro Generika Marktdata Service, 2009). Allein die AOK beziffert ihr Einsparpotenzial zwischen 2009 und 2011 auf jährlich 512 Millionen Euro, nachdem sie in den Jahren 2007 und 2008 insgesamt nur 116 Millionen Euro durch Rabattverträge eingespart hat (Hermann, 2009).

Die gesundheitsökonomische Betrachtung von Rabattverträgen darf sich nicht allein auf Einsparungen bei Arzneimitteln beschränken. Sie muss auch die Auswirkungen von Rabattverträgen auf Versicherte, Ärzte und Apotheker erfassen – dies insbesondere mit Blick auf Mehrbelastungen. Bei Versicherten sind es primär gesundheitliche, bei Ärzten und Apothekern sind es vor allem ökonomische Mehrbelastungen.

Auch bei Krankenkassen können zusätzliche Belastungen entstehen, nämlich dann, wenn eine veränderte Compliance (Therapietreue) der Patienten zu höheren Folgekosten führt. Der Austausch eines Medikamentes kann zu einer Kostenstei-

gerung durch größere Unverträglichkeit führen. Dies kann die vermeintliche Einsparung schnell wieder zunichte machen, etwa durch zusätzliche Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationsbehandlungen oder auch durch die Einnahme ergänzender Medikamente (zum Beispiel wegen Unverträglichkeit).

Die Pilotstudie der Hochschule Fresenius geht der Frage nach, inwieweit es Indizien dafür gibt, dass Rabattverträge die Compliance der Patienten verändern sowie zu höheren direkten und indirekten Kosten führen.

Methodische Vorgehensweise

Befragungsart: Als Erhebungsmethode für die Pilotstudie wurde die persönliche Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens gewählt. Die Fragen des Erhebungsinstruments wurden weitgehend selbst generiert. Lediglich die Fragen zur Compliance entstammen dem erweiterten Morisky-Score (Case-Management Society of America, 2004). Um die Fragestellungen vorab zu validieren, wurde ein Pre-Test mit Patienten durchgeführt. Bei den Interviewfragen handelt es sich größtenteils um geschlossene Fragen, also solche mit fest vorgegebenen Antwortkategorien. Vereinzelt wurden offene Fragen, das heißt Freitextfragen ohne feste Antwortvorgaben, verwendet, um weitergehende Informationen zu erhalten. Die geschlossenen Fragen hatten entweder eine dichotome Ausprägung (Ja-/Nein-Fragen) oder wurden in Form einer von 1 bis 5 reichenden, endpunktbenannten Skala vorgelegt.

Evaluieren wurden die medizinischen Auswirkungen des Austausches, die Therapietreue (Compliance), die entstandenen Mehraufwendungen des Austauschs für den Einzelnen, für das Solidarsystem und für Apotheker und Ärzte. Die Erhebung

1) Hochschule Fresenius, Limburger Straße 2, 65510 Idstein

2) Schneider-Sozialforschung, Danziger Straße 77, 65191 Wiesbaden

3) Ehrenvorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt am Main

dauerte nicht länger als fünfzehn Minuten, um das Interesse der Befragten nicht zu verlieren und keine Ermüdungseffekte aufkommen zu lassen.

Datenerhebung: Die Befragung wurde im Zeitraum vom 1. Juli bis 30. September 2009 bei Patienten durchgeführt, deren Medikation aufgrund von Rabattverträgen umgestellt worden war. Die Interviewpartner wurden mittels direkter Ansprache in Arztpraxen und Apotheken in Hessen, Bayern, Berlin, Brandenburg, Sachsen und Thüringen rekrutiert. Erfahrung mit rabattierten Arzneimitteln war die Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung.

Stichprobe: Insgesamt wurden 135 Patienten befragt. Davon waren 50 (37 Prozent) männlich, 79 (59 Prozent) weiblich, bei 6 (4 Prozent) Patienten wurden keine Angaben bezüglich des Geschlechtes gemacht. Von den männlichen Befragten waren 2 Prozent jünger als 49 Jahre, 34 Prozent im Alter zwischen 49 und 65, 62 Prozent über 65 und 2 Prozent machten keine Angaben zu ihrem Alter. Bei den Frauen befanden sich in der Altersgruppe unter 49 Jahren 16 Prozent, zwischen 49 und 65 Jahren 33 Prozent und 51 Prozent in der Altersgruppe über 65 Jahre.

Die berufliche Situation der Stichprobe (Abbildung 2) teilte sich wie folgt auf: Da es sich bei den befragten Patienten oftmals um chronisch Kranke mit typischen altersbedingten Beschwerden handelt, ist die größte Gruppe (43 Prozent) Rentner. 22 Prozent gaben an, voll erwerbstätig zu sein, 7 Prozent teilzeitbeschäftigt, 2 Prozent in der Ausbildung, 1 Prozent in Altersteilzeit, 9 Prozent nicht erwerbstätig, 16 Prozent machten keine Angaben zu ihrer beruflichen Situation.

Ergebnisse

Die gesundheitsökonomische Untersuchung ergibt Hinweise auf nachteilige medizinische und ökonomische Folgewirkungen der Rabattverträge. So klagten 49 Prozent der befragten Patienten über Nebenwirkungen nach der Umstellung auf ein rabattiertes Arzneimittel, wobei sogar jeder Vierte angibt, starke Nebenwirkungen zu verspüren. Dies ist die Gruppe, die am ehesten bereit ist, Aufzahlungen dafür zu leisten, das frühere Medikament wieder zu erhalten.

Von 126 Patienten hätten gerne 63 Prozent grundsätzlich ihr altes Medikament wieder zurück. Um dies zu erreichen, sind immerhin 58 Prozent bereit, eine Aufzahlung zu leisten⁴. Dabei variiert die Aufzahlungsbereitschaft von weniger als 10 Euro (30 Prozent), 10 bis 20 Euro (20 Prozent),

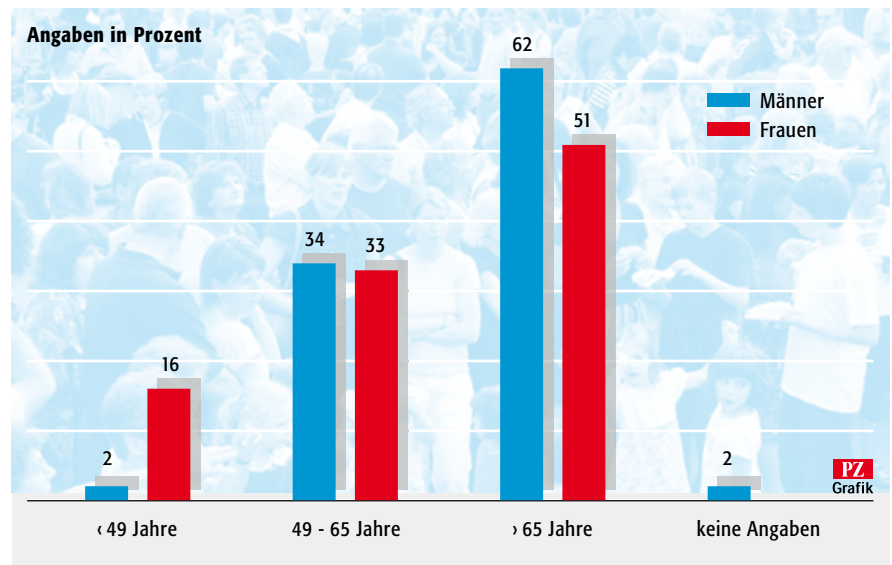


Abbildung 1: Altersverteilung der Studienteilnehmer

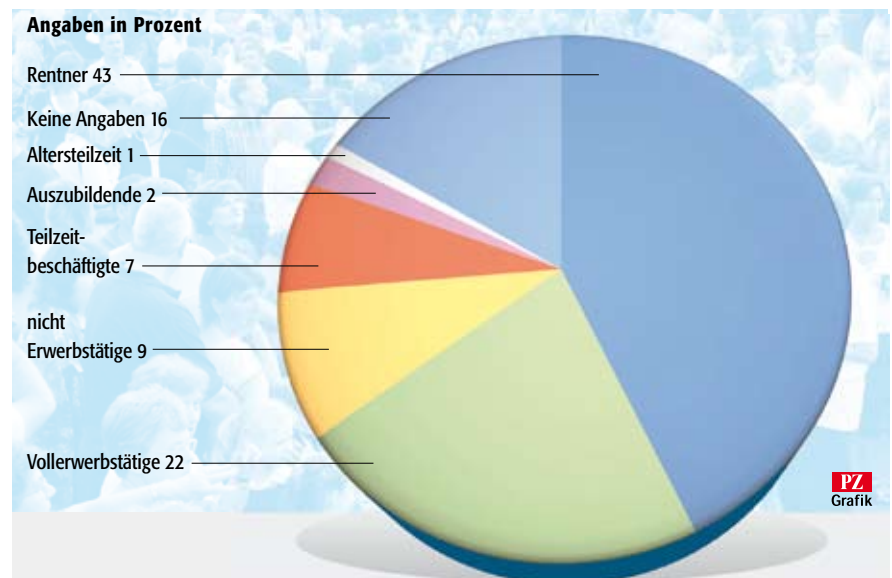


Abbildung 2: Berufliche Situation der Studienteilnehmer

21 bis 40 Euro (3 Prozent) bis hin zu mehr als 40 Euro (4 Prozent). 43 Prozent konnten sich zur Höhe der Aufzahlungsbereitschaft nicht festlegen⁵.

Bei 14 Prozent aller Befragten war eine Co-Medikation notwendig⁶. Bei dieser Co-Medikation handelt es sich im Wesentlichen um Medikamente zur Protektion der Magenschleimhaut, zur Therapie von Allergien und Schmerzen, zur Senkung des Blutdruckes sowie zur Blutverdünnung.

Entscheidend für die Effektivität und Wirksamkeit einer Arzneimitteltherapie ist die Compliance des Patienten. Die WHO versteht darunter das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Patienten in Bezug auf Arzneimittelleinnahme mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert (WHO 2003). So zeigt die Studie, dass die

Pünktlichkeit der Einnahme bei den meisten Befragten (76 Prozent) nach der Umstellung unverändert bleibt, bei 13 Prozent hat sich die Einnahmepünktlichkeit nach

4) Die Frage lautete: „Wären Sie bereit, für das alte Medikament in der Apotheke mehr zu bezahlen?“ Als Antwortvorgabe stand „ja“ oder „nein“ zur Verfügung.

5) Die Frage lautete: „Wie viel wären Sie bereit, für das alte Medikament pro Monat dazu zu zahlen?“ Die Antwortskala reichte von „weniger als 10 Euro“, „10 bis 20 Euro“, „20 bis 40 Euro“ und „mehr als 40 Euro“.

6) Die Frage lautete: „Sind in den ersten sechs Monaten nach der Umstellung zusätzliche Kosten durch ergänzende Medikamente (zum Beispiel Magenschutztabletten et cetera) entstanden?“ Die Antwortmöglichkeiten waren „ja“, „nein“ und „weiß nicht“, mit der Möglichkeit im Freitext anzugeben „warum“ und „wie viel Euro pro Monat“.

eigenem Bekunden verschlechtert, bei 11 Prozent dagegen verbessert, was in der Summe keine wesentliche Veränderung bedeutet⁷.

Die Einnahmetreue hat sich dagegen insgesamt verbessert: 34 Prozent vergessen seltener, ihr Medikament einzunehmen, bei 5 Prozent ist eine entgegengesetzte Tendenz festzustellen und bei 61 Prozent hat sich mit dem neuen Medikament nichts verändert⁸.

Ähnliche Befunde zeigen sich in Bezug auf die Regelmäßigkeit der Rezepterneuerung (unverändert bei 85 Prozent)⁹, die Aussetzung der Einnahme bei Besserung des Zustands (71 Prozent unverändert)¹⁰ oder auf die Aussetzung der Einnahme bei Verschlechterung des Zustands (79 Prozent unverändert)¹¹ und schließlich bei der Kenntnis des Nutzens der regelmäßigen Einnahme (93 Prozent unverändert)¹². Diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass die Umstellung keine wesentlichen Auswirkungen auf die Compliance der Patienten hat.

Die Umstellung auf ein neues Medikament war bei 16 Prozent der Befragten mit einem zusätzlichen Zeitaufwand verbunden. Dieser Aufwand entstand beispielsweise durch zusätzliche Hausarztbesuche, Laboruntersuchungen¹³ oder durch damit verbundene Krankenhausbehandlungen. Jedem Vierten der Befragten entstand darüber hinaus sogar finanzielle Mehrkosten. Diese fielen zum Beispiel über ergänzende Medikamente, Rückumstellungen, Pflege- und Betreuungskosten oder Fahrtkosten aufgrund zusätzlicher Arztbesuche an.

Zudem mussten 9 Prozent aller Befragten wegen der Umstellung ambulante oder stationäre Krankenhausbehandlungen in Anspruch nehmen.

Schließlich zeigt sich ein zeitlicher Mehraufwand für die Apotheker: 53 Prozent der Patienten werden erstmals in der Apotheke über die Umstellung auf ein rabattiertes Medikament informiert. Nur 24 Prozent der Patienten geben an, von ihrem Arzt über die bevorstehende Umstellung informiert worden zu sein¹⁴.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse der Pilotstudie lassen den Schluss zu, dass eine gesundheitsökonomische Bewertung der Rabattverträge, die allein auf die Einsparsumme durch den niedrigeren Preis der ausgetauschten Medikamente abhebt, zu kurz greift. Hingegen zeigen sich deutliche Trends, dass die medizinischen und ökonomischen Folgewirkungen nicht vorteilhaft sein müssen. Betrachtet man allein die hohe Zahl derer, die aufgrund von starken Nebenwirkungen

PZ-Originalia ...

In der Rubrik Originalia werden wissenschaftliche Untersuchungen und Studien veröffentlicht. Eingereichte Beiträge sollten in der Regel den Umfang von zwei Druckseiten nicht überschreiten und per E-Mail geschickt werden.

Die PZ behält sich vor, eingereichte Manuskripte abzulehnen. Die veröffentlichten Beiträge geben nicht grundsätzlich die Meinung der Redaktion wieder.
redaktion@govi.de

bereit sind, Aufzahlungen zu leisten, so zeigt sich, dass die Politik seinerzeit bei der Einführung der Rabattverträge deren Risiken oder Nebenwirkungen offensichtlich nicht gesehen oder die Leidensfähigkeit der Patienten falsch eingeschätzt hat. Ergänzend zu der bereits eingeführten »Kosten-Nutzen-Bewertung« (IQWiG, 2009) von neuen Arzneimitteln sollte die Politik daher darüber nachdenken, im Hinblick auf die aufgezeigten Nebenwirkungen von Rabattverträgen für Generika eine »Sparen-Schaden-Bewertung« einzuführen, be-

7) Die Frage lautete: »Nehmen Sie Ihre Medikamente immer zur selben Zeit?« Als Antwortvorgabe stand eine fünfstufige Skala zur Verfügung, wobei 1 »immer« und 5 »nie« bedeutet.

8) Die Frage lautete: »Wie oft haben Sie schon vergessen, Ihr Medikament einzunehmen?« Als Antwortvorgabe stand eine fünfstufige Skala zur Verfügung, wobei 1 »immer« und 5 »nie« bedeutet.

9) Die Frage lautete: »Wie oft vergessen Sie, Ihre Rezepte rechtzeitig neu ausstellen zu lassen?« Als Antwortvorgabe stand eine fünfstufige Skala zur Verfügung, wobei 1 »immer« und 5 »nie« bedeutet.

10) Die Frage lautete: »Wie oft setzen Sie die Einnahme Ihrer Medikamente aus, wenn Sie sich besser fühlen?« Als Antwortvorgabe stand eine fünfstufige Skala zur Verfügung, wobei 1 »immer« und 5 »nie« bedeutet.

11) Die Frage lautete: »Wie oft setzen Sie die Einnahme Ihrer Medikamente aus, wenn Sie sich schlechter fühlen?« Als Antwortvorgabe stand eine fünfstufige Skala zur Verfügung, wobei 1 »immer« und 5 »nie« bedeutet.

12) Die Frage lautete: »Kennen Sie den Nutzen, der entsteht, wenn Sie Ihre Medikamente regelmäßig einnehmen?« Als Antwortvorgabe stand »ja« oder »nein« zur Verfügung.

13) Die Frage lautete: »Waren weitere therapeutische/ärztliche Behandlungen im Zeitraum der Umstellung notwendig?« Als Antwortvorgabe stand für beide Fragen »ja« oder »nein« zur Verfügung, mit der Möglichkeit, im Freitext anzugeben warum und welche Art von Behandlung notwendig war.

14) Die Frage lautete: »Wer hat Sie über die Umstellung informiert?« Die Antwortmöglichkeiten waren »Arzt«, »Apotheker« und »Andere«, mit der Möglichkeit, weitere Informationsquellen im Freitext zu nennen.

ziehungsweise das Instrument der Rabattverträge grundsätzlich zu überprüfen.

Wer das Gesundheitssystem reformieren will, sollte sich das Ziel klar vor Augen führen: Es geht darum, zu ergründen und zu leisten, was der Kranke will und braucht. Viele gut gemeinte Reformansätze sind zum Scheitern verurteilt, weil sie den lobbylosen Patienten in seiner Wirkung als strategischen und operationalen Partner hin zu mehr Wirtschaftlichkeit unterschätzen. Die Förderung der Eigenverantwortung und Patientensouveränität muss als Chance begriffen werden. In dieser Logik müssen die Bürgerinnen und Bürger das Recht haben, durch Aufzahlung ihr gewohntes Präparat weiter erhalten zu können.

Mehrbelastungen für Versicherte, Ärzte und Apotheker müssen in die Betrachtung mit einbezogen werden. Ebenso sind Mehrkosten durch ergänzende Medikamente, Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte zu berücksichtigen. Dass 53 Prozent der Patienten erstmals von Apothekern über die Umstellung auf ein rabattiertes Medikament informiert wurden, muss alarmieren. Schließlich sind die Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Gründe hierfür könnten in der großen Anzahl von Rabattverträgen und in ihrer Intransparenz liegen. Kein Arzt kennt die Höhe der Rabatte je Krankenkasse. Wer Ärzte nicht informiert, sollte sich über fehlende Mitwirkung nicht wundern. Und viele Ärzte registrieren mit Sorge, dass die rabattierten Medikamente oftmals in Niedriglohnländern produziert werden, was bisher nicht abschließend geklärte Fragen hinsichtlich der Qualitätssicherung aufwirft.

Neben möglichem Zeitmangel und fehlender Transparenz könnte die Zurückhaltung der Ärzte auch Ausdruck einer mangelnden Identifikation mit dem gesundheitspolitischen Instrument der Rabattverträge sein, möglicherweise ist es auch ärztlicher Widerstand gegen Eingriffe Dritter in die individuelle Therapiefreiheit des Arztes (De Almeida Neto, 2007).

Die obengenannten Ergebnisse erfordern nicht nur ein neues Nachdenken der Politik, sondern zeigen auch weiteren Forschungsbedarf auf. /

Literaturverzeichnis

Case-Management Society of America (2004): Case Management Adherence Guideline www.persnal.umich.edu/~beperron/contents/pdfs/5resources/clinical/CMS_MEDI-CATION%20ADHERENCE.pdf, abgerufen am 21. Oktober 2009

- De Almeida Neto, A.C., Chen, T. F. (2007): When pharmacotherapeutic recommendations may lead to the reverse effect on physician decision-making. *Pharmaceutical World Science* (30): p. 3-8
- Herrmann, Ch. (2009): Rabattverträge der AOKs: Ausschreibung 2009ff. Bundespressekonferenz, Berlin
www.aok.de/assets/media/baden-wuerttemberg/090506_bundespressekonferenz.pdf, abgerufen am 19. Oktober 2009
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2009): Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten. www.iqwig.de/download/Methodik_fuer_die_Bewertung_von_Verhaeltnissen_zwischen_Kosten_und_Nutzen.pdf, abgerufen am 26. Oktober 2009
- Morisky, D.E., Levine, D.M., Greene, L.W., Shapiro, S., Russell, R.P., Smith, C.R. (1983): Five-year bloodpressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *American Journal of Public Health*, 73: p. 153-162.
- Neises, G.: Mehr Wirtschaftlichkeit wagen. berlinpolis – thinktank. Sonderbeilage Gesundheitsreform (2006).
- Pro Generika Markdatenservice (2009): Kurzanalyse Entwicklung im GKV-Arzneimittelmarkt im Juli 2009, Berlin.
www.progenerika.de/de/generika/data/marktdaten/ims-jul09.html, abgerufen am 19. Oktober 2009
- Sokol, M.C., McGuigan, K. A., Verbrugge, R. R. PhD, Epstein, R. S. (2005): Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. *Medical Care*, 43 (6): p. 521-530
- World Health Organization (2003): Adherence to long-term therapies. Evidence for action p. 3-6., <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>, abgerufen am 30. Oktober 2009

Für die Verfasser

Professor Dr. med. Gudrun Neises, Vizepräsidentin Hochschule Fresenius, Stada-Stiftungsprofessur Gesundheitsmanagement, Prodekanin Fachbereich Wirtschaft & Medien, Limburger Straße 2, 65510 Idstein, Telefon (0 61 26) 9 35 28 10
E-Mail: neises@hs-fresenius.de