



Health System Watch

Mengenkontrolle im Arzneimittelbereich: internationale Evidenz für Österreich

Thomas Cypionka, Monika Riedel, Gerald Röhrling, Susanne Mayer, Theresa Rasinger*

Mengenkontrolle im Arzneimittelbereich

In den letzten Jahren stellte vor allem die Mengenentwicklung den größten Kostentreiber im Arzneimittelbereich dar. Entsprechende Maßnahmen, um speziell die Mengensteigerungen einzudämmen, haben wir aufgesucht und evaluiert sowie auch in einem ökonomischen Modell untersucht. Es zeigt sich, dass Zuzahlungen den stärksten mengendämpfenden Effekt aufweisen, aber international zum Teil wesentlich komplexer ausgestaltet sind als in Österreich, um den negativen Effekten entgegenzuwirken. Maßnahmen ohne Einbeziehung des Patienten müssen synergistisch angewendet werden, um ähnlich effektiv zu sein. Zentral ist dabei ein ausgefeiltes Monitoring, welches die notwendigen Informationen liefert, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu erkennen. Es sollte ergänzt werden durch alltagstaugliche Hilfestellungen für die verschreibenden Ärzte wie Peergroups, Verschreibungsberater und Entscheidungsunterstützungstools sowie ein Anreizprogramm, da die aktive Beteiligung der Ärzte eine wichtige Voraussetzung ist und die richtige Medikamentenversorgung auch in deren Interesse liegt. Zahlreiche erfolgreiche Beispiele zur Ausgestaltung finden sich in diesem Beitrag und sind ausführlicher im Projektbericht beschrieben.

Einleitung

Für alle modernen Gesundheitssysteme stellt sich in den letzten Jahren vermehrt das Problem steigender Kosten im Arzneimittelbereich. Dies ist umso problematischer, weil die Kostenentwicklung stärker ist als die der Beitragseinnahmen. In Österreich ist es dabei gelungen, die Preisentwicklung gut in Schranken zu halten. Fast kompensatorisch haben sich jedoch die Verbrauchsmengen bei Arzneimitteln stark ausgeweitet und treiben nun die Kosten an. Um eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens zu gewährleisten, ist es notwendig, den Mitteleinsatz zu optimieren. Es besteht hier aber der klassische Trade-off zwischen der Qualität bzw. dem Zugang zur Gesundheitsversorgung einerseits und Effizienzbemühungen andererseits. Es geht also darum, welcher Anteil an Mengensteigerung z. B. aufgrund der demographischen, epidemiologischen und technologischen Entwicklung hingenommen werden muss und wie der Anteil an unnötiger Inanspruchnahme zu reduzieren ist.

Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger hat das IHS daher die Problematik des Mengenwachstums vor einem internationalen Hintergrund analysiert. In dieser Ausgabe des Health System Watch werden zusammenfassend die Ergebnisse der Studie präsentiert.¹

Mengenkontrolle
im Arzneimittel-
bereich

Einleitung

* Alle: Institut für Höhere Studien, Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127,
E-Mail: thomas.cypionka@ihs.ac.at.
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>.

1 Langfassung: Cypionka T., Riedel M., Röhrling G., Mayer S., Rasinger T.: Mengenkontrolle im Arzneimittelbereich: internationale Evidenz für Österreich, IHS-Projektbericht, November 2009.



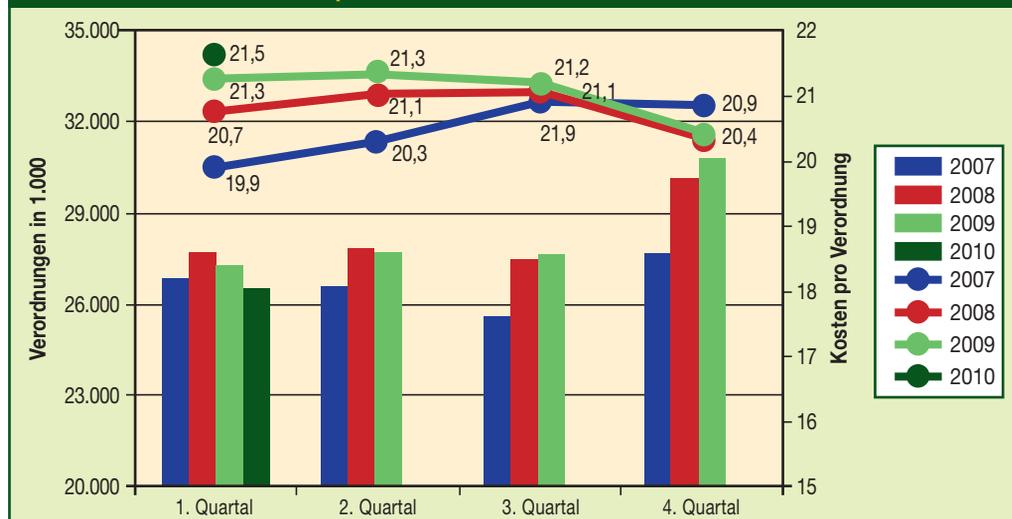


Mengen- und Kostenentwicklung in Österreich

Mengen- und Kostenentwicklung in Österreich²

Auch wenn der Fokus der Studie auf internationalen Maßnahmen liegt, den Ausgangspunkt bildet das Problem der Mengenentwicklung der Arzneimittel in Österreich. Die Ausgaben für Arzneimittel (inkl. USt) in Österreich betragen 2008 knapp vier Milliarden Euro oder 13,3 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Knapp mehr als zwei Drittel (67 Prozent) der Arzneimittelausgaben werden über die öffentliche Hand finanziert, der verbleibende Rest sind private Zuzahlungen. Rund 77 Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben entfallen auf Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel. Insgesamt wurden im Jahre 2009 rund 113 Millionen Arzneimittelverordnungen erfasst; gegenüber dem Jahr 2007 entspricht dies einem Anstieg von rund sechs Prozent oder 6,7 Millionen Verordnungen. Bei einem genaueren Blick auf den Arzneimittelverbrauch in Österreich³ fällt auf, dass es in den drei Jahren 2007 bis 2009 jeweils im vierten Quartal zu einem starken Anstieg der Arzneimittelverordnungen gekommen ist (zwischen acht und elf Prozent gegenüber dem dritten Quartal), vgl. Abbildung 1. Als Konsequenz dazu kam es insbesondere in den Jahren 2008 und 2009 zu einem Absinken der Kosten pro Verordnung im vierten Quartal. Bei Betrachtung der Kosten pro Verordnung quartalsweise über die beobachteten Jahre hinweg zeigt sich, dass diese im ersten Quartal 2009 gegenüber 2007 um rund sieben Prozent wuchsen; die Unterschiede in den anderen Quartalen sind nicht so stark ausgeprägt, insbesondere im dritten Quartal. Insgesamt stiegen die Kosten pro Verordnung von 20,5 (2007) auf 21,0 Euro (2009).

Abbildung 1: Verordnungen in 1.000 und Kosten pro Verordnung in Euro, Österreich, quartalsweise Q1 2007 bis Q1 2010



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen 2010.

Die Kostenveränderungen im Arzneimittelbereich können grundsätzlich in drei Effekte zerlegt werden, in einen Mengen-, Struktur- und gemischten Effekt. Der **Mengeneffekt** gibt an, welchen Effekt die Mengenentwicklung auf die Kostenveränderung hat.⁴ Der **Struktureffekt** (oder auch Preiseffekt) gibt Auskunft, inwieweit Strukturveränderungen, wie etwa die Zulassung neuer teurerer Medikamente, sich für die Kostenveränderung verantwortlich zeigen.⁵ Übrig bleibt ein residualer oder sogenannter **gemischter Effekt**.⁶ Bei Betrachtung der ersten drei Quartale (1/2007 auf 1/2008, 2/2007 auf 2/2008 und 3/2007 auf 3/2008) zeigt sich, dass alle drei Effekte positiv ausgeprägt sind und der Mengeneffekt eine immer stärkere Rolle einnimmt, vgl. Abbildung 2. Die Mengenentwicklung zeigt sich in Quartal 1 zu 45 Prozent, in Quartal 2 zu 54 Prozent und in Quartal 3 zu knapp 90 Prozent für die Kostensteigerung verantwortlich. In Quartal 4/2008 kommt es zu einem weiteren Anstieg des Mengeneffekts, während die beiden anderen Effekte diesen vermindern. Im Gegensatz zu den Quartalen des Jahres 2008 ist im ersten und zweiten Quartal 2009 gegenüber 2008 ein negativer Mengeneffekt festzustellen, der positive Struktureffekt führt jedoch dazu, dass es

2 Im Vergleich zur Langfassung wurden in diesem Abschnitt Daten für das Jahr 2008 (statt 2007) verwendet bzw. Daten der Quartale 4/2009 und 1/2010 ergänzt.

3 Die Analyse stützt sich auf Daten einer BIG-Auswertung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ab Jänner 2007.

4 Die Berechnung des Mengeneffekts erfolgt, indem die Kosten pro Verordnung („Preis“) zum Ausgangszeitpunkt mit der absoluten Veränderung der Verordnungen im Beobachtungsintervall multipliziert werden.

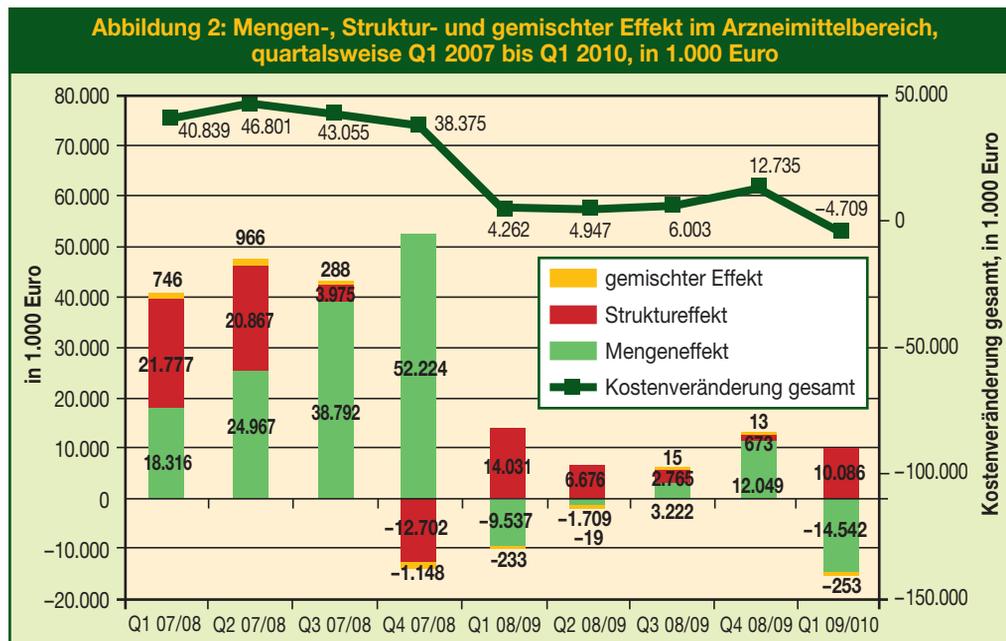
5 Der Struktureffekt berechnet sich, indem die Anzahl der Verordnungen zum Ausgangszeitpunkt mit der absoluten Veränderung der Kosten pro Verordnung im Beobachtungsintervall multipliziert wird.

6 Der gemischte Effekt ergibt sich, indem die absolute Veränderung der Verordnungen mit der absoluten Veränderung der Kosten pro Verordnung multipliziert wird.





trotzdem zu einem Ausgabenwachstum kommt. Im dritten und vierten Quartal 2009 kommt es gegenüber 2008 wieder zu einem stärkeren Kostenanstieg als in den beiden Vorquartalen über die Mengeneffekte; die gesamten Kostenanstiege liegen aber deutlich unter jenen der Vorjahresperiode. Von Quartal 1/2009 auf 1/2010 ist erstmalig in der Beobachtungsperiode insgesamt ein Kostenrückgang festzustellen, der auf einen sehr deutlich ausgeprägten negativen Mengeneffekt zurückzuführen ist.



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen 2010.

Ursachen für das Mengenwachstum

Seit dem Jahr 2008 ist in Österreich der Selbstbehalt für Arzneimittel und Heilbehelfe durch die Rezeptgebührobergrenze (REGO) gedeckelt. Konkret bezahlen Versicherte nur mehr so lange Rezeptgebühr, bis diese Zahlungen im laufenden Kalenderjahr zwei Prozent des vorangegangenen Jahresnettoeinkommens erreicht haben.

Im Laufe des Jahres 2008 wurden insgesamt rund 273.000 Versicherte aufgrund dieser 2-Prozent-Obergrenze von der weiteren Zahlung der Rezeptgebühr befreit.⁷ Die Vermutung liegt nahe, dass die Anzahl der rezeptgebührenbefreiten Versicherten ab dem dritten Quartal 2008 rasant anstieg – die zuvor beschriebene auffallende Mengensteigerung gegenüber dem Vorjahr ab dem dritten Quartal 2008 könnte damit zusammenhängen, dass sich diese Versicherten ab dem Zeitpunkt, an dem sie keine Rezeptgebühr mehr bezahlen, verstärkt mit Arzneimitteln „eindecken“ und somit diese Mengensteigerung mit verursachen.

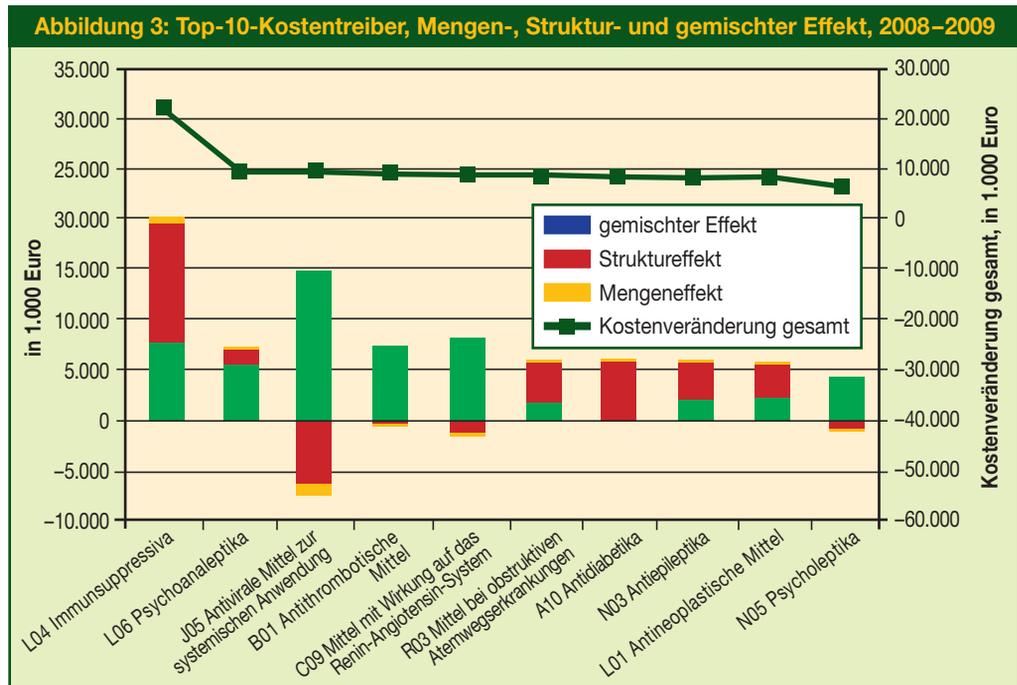
Weiters könnte die beobachtete Kostensteigerung von 2007 auf 2008 auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass Verordnungen, deren Erstattungspreis der Rezeptgebühr entspricht oder darunter liegt, dem Hauptverband im Rahmen der Vertragspartnerabrechnung nicht übermittelt werden, es sei denn, der Versicherte ist rezeptgebührenbefreit. Nimmt nun der Anteil der rezeptgebührenbefreiten Versicherten aufgrund der neuen 2-Prozent-Deckelung im Laufe des Jahres 2008 zu, so ist gleichzeitig mit einer Kosten- und Mengensteigerung zu rechnen. Aufgrund des niedrigeren Erstattungspreises – dieser nun doch verrechneten Arzneimittel – sollten gleichzeitig die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung sinken. Jenen durch „Niedrigpreise“ verursachten Effekt scheint Abbildung 2 zu belegen. Während der Mengeneffekt im Laufe der Quartale 2008 stetig steigt, sinkt Hand in Hand der Struktureffekt und wird im vierten Quartal sogar negativ, was bedeutet, dass der durchschnittliche Erstattungspreis pro Verordnung gesunken ist. Im 1. Quartal 2009 drehen sich die Verhältnisse wieder um. Dies könnte auf die Nullsaldierung der Rezeptgebührenkonten per 1. Jänner 2009 zurückzuführen sein.

In diesem Zusammenhang wäre es interessant, den Effekt der REGO in zwei Teile zu zerlegen: denjenigen Effekt, der ausschließlich auf die Erstattung vorher bereits privat konsumierter Medikamente entfällt („REGO-I-Effekt“), und die tatsächliche Nachfragesteigerung aufgrund der Preisreduktion bei Wegfall der Rezeptgebühr („REGO-II-Effekt“). Abbildung 3 zeigt die Entwicklung von Mengen-, Struktur- und gemischtem Effekt für einzelne Arzneimittelgruppen.

⁷ Telefonat Mag. Jürgen Radics (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger).

Ursachen für das Mengenwachstum





Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen 2010.

Entwicklung des internationalen Arzneimittelverbrauchs

Entwicklung des internationalen Arzneimittelverbrauchs

Eine international gebräuchliche Art und Weise, den Arzneimittelverbrauch eines Landes zu messen, ist die Bestimmung einer sogenannten definierten Tagesdosierung (Defined Daily Dose oder kurz DDD). Eine DDD ist per WHO-Definition die angenommene mittlere Tagesdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen. Die länderweise Vergleichbarkeit von DDDs ist leider wiederum nur eingeschränkt möglich: Einerseits ist die Datenverfügbarkeit schlecht, nur sieben von zwölf in der Studie analysierten Länder stellen Daten bereit, und andererseits sind auch definitorische Unterschiede bei der Berechnung feststellbar.⁸ Sehr wohl können aber Entwicklungen des Arzneimittelverbrauchs innerhalb der Länder analysiert werden. Im Folgenden wurde versucht, für die Länder mit verfügbaren Daten (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Niederlande, Schweden und das Vereinigte Königreich) eine Analyse des Arzneimittelverbrauchs für die Zeitperiode 2004 bis 2007 anzustellen.

Sowohl bei der Betrachtung des Index (2004=100) als auch bei Betrachtung der jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten zeigt sich, dass in der Regel für alle Länder über alle ATC-Codes hinweg ein Verbrauchszuwachs an Arzneimitteln in der Beobachtungsperiode auszumachen ist. In jedem Land gibt es einen ATC-Code (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Vereinigtes Königreich) bzw. zwei ATC-Codes (Niederlande, Schweden), die eine Ausnahme – charakterisiert durch einen Rückgang der DDDs – darstellen. Ein Verbrauchszuwachs in allen betrachteten Ländern kann für die ATC-Gruppen B (Blut und blutbildende Organe), C (Kardiovaskuläres System), H (Hormone, systemisch [ohne Sexualhormone]) und R (Respirationstrakt) festgestellt werden. Den höchsten Arzneimittelverbrauchszuwachs über alle Länder hinweg verzeichnet die ATC-Gruppe C (Kardiovaskuläres System) mit einem medianen Zuwachs von 24 Prozent bzw. einem jahresdurchschnittlichen Wachstum von 7,4 Prozent von 2004 bis 2007. Innerhalb der Länder über alle ATC-Gruppen hinweg zeigt sich insbesondere in Belgien (+14 % oder 4,5 % jahresdurchschnittlich) und in den Niederlanden (+13 % oder 4,1 % jahresdurchschnittlich) ein starker Verbrauchszuwachs.

Mengenanstiege in bestimmten ATC-Gruppen sind also ein Problem vieler europäischer Staaten. Bemerkenswert ist allerdings, dass es unter den Staaten mit hochentwickelten Gesundheitssystemen teils deutliche Unterschiede bei der Menge des Medikamentenverbrauchs gibt. Dabei darf man sich nicht von der Quotendarstellung irreführen lassen, die von den gesamten Gesundheitsausgaben abhängt. Auch die Pro-Kopf-Darstellung in Kaufkraftparitäten leidet unter anderem darunter, dass Spitalsarzneimittel nicht erfasst werden, da sie als Vorleistungen für den Spitalbereich behandelt werden. Je nach Schwerpunkt der Versorgung kann dies das Niveau der erfassten Medikamentenausgaben beeinflussen. Insgesamt liegt Österreich mit einem Anteil von 13,3 Prozent (2008) an den gesamten Gesundheitsausgaben zwar unter dem EU-Schnitt der

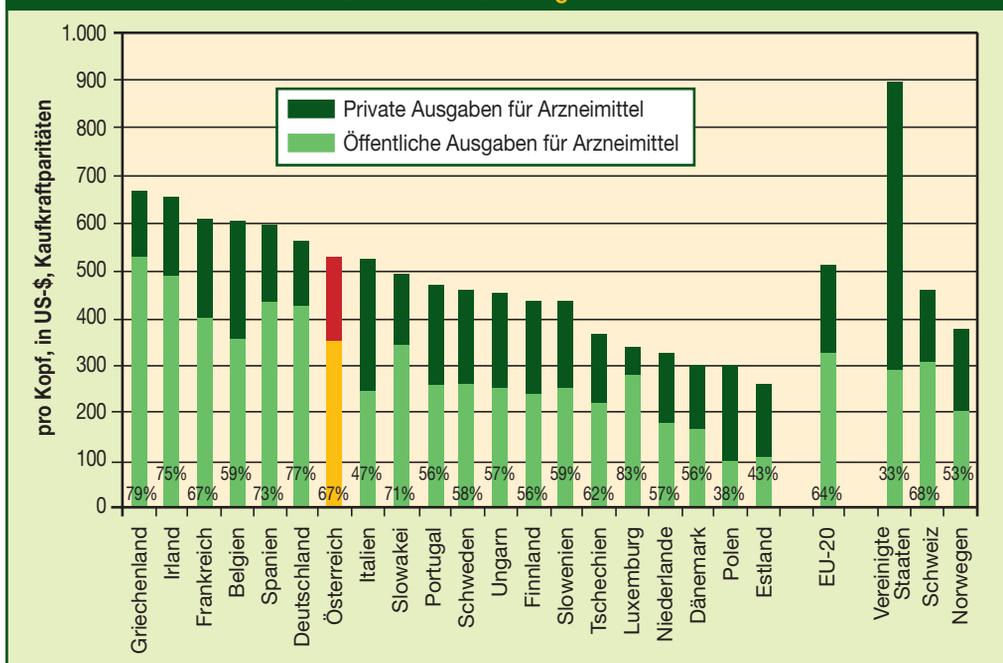
8 In Österreich stehen noch keine DDDs zur Verfügung; zur Zeit wird im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an einer Einbindung gearbeitet.





OECD-Länder von 16,4 Prozent. In der Pro-Kopf-Darstellung zeigen sich aber die großen Unterschiede zwischen den Ländern klarer, und Österreich nimmt hier einen Platz im Mittelfeld ein. Dänemark, Norwegen und Schweden sind Beispiele für Staaten, in denen ein hochentwickeltes Gesundheitssystem vorliegt, die Ausgaben für Arzneimittel aber deutlich geringer sind. In diesen Ländern sind allerdings auch die privaten Zuzahlungen umfassender, während sich die Sozialversicherungsländer durch einen höheren öffentlichen Anteil auszeichnen, aber sich auch sehr viel höheren Medikamentenausgaben gegenübersehen.

Abbildung 4: Medikamentenausgaben im Vergleich, pro Kopf, in US-\$, Kaufkraftparitäten, 2008 oder letztverfügbares Jahr



Quelle: OECD Health Data, Juni 2010; eigene Darstellung 2010.

Erstattungssysteme im Vergleich

Unterschiede in den Erstattungssystemen zwischen einzelnen Ländern lassen sich in der Entscheidung darüber, welche Arzneimittel durch das öffentliche Gesundheitssystem erstattet werden, erkennen. Hier gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten. Es kann eine **Negativliste** erstellt werden, in der alle Arzneimittel aufgeführt sind, die nicht erstattet werden, und alle anderen Arzneimittel werden erstattet, oder eine **Positivliste**, die alle erstatteten Arzneimittel enthält. In der Praxis verwendet die überwiegende Mehrheit der Länder heute Positivlisten. Bis auf Deutschland und das Vereinigte Königreich regeln alle von uns untersuchten Länder der Erstattung über Positivlisten. In manchen Ländern werden jedoch Negativlisten als Ergänzung zur Positivliste verwendet. Auch die Art der Selbstbeteiligung variiert und besteht aus einfachen Systemen wie in Österreich oder komplexeren Kombinationen von Selbstbehaltsformen. Österreich ist bei der Erstattung von Arzneimitteln relativ großzügig, da für Patienten nur die mit zwei Prozent des vorangegangenen Jahresnettoeinkommens gedeckelte Rezeptgebühr von fünf Euro pro Packung anfällt. Österreich zählt somit neben Deutschland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich zu den wenigen Ländern, in denen die Kosten für erstattungsfähige Medikamente – ausgenommen die Rezeptgebühr – praktisch zur Gänze ersetzt werden. In Deutschland und den Niederlanden existiert aber noch zusätzlich ein **Referenzpreissystem** für bestimmte Arzneimittelgruppen. Bei einem solchen System wird nicht der tatsächliche Preis des Arzneimittels erstattet, sondern maximal der Referenzpreis, der für eine Gruppe austauschbarer Arzneimittel in einem nationalen oder internationalen Preisvergleich festgesetzt wird. Liegt der Preis eines Arzneimittels über dem Referenzpreis, so muss der Patient die Differenz zwischen Referenz- und tatsächlichem Preis selbst bezahlen. In der Regel passen jedoch die Pharmaunternehmen meist ihre Preise so an, dass keine zusätzlichen Zahlungen notwendig werden, um keine Wettbewerbsnachteile zu erleiden. In Belgien und Frankreich unterscheidet das Selbstbehaltssystem Arzneimittel nach ihrer medizinischen Notwendigkeit bzw. dem therapeutischen Nutzen und richtet die Höhe der Erstattung daran aus. Sie beträgt in Belgien zwischen 40 und 100 Prozent und in Frankreich entweder 35 oder 65 Prozent oder in wichtigen Fällen 100 Prozent. Die privaten Zuzahlungen dürfen in Frankreich aber von einer Zusatzversicherung übernommen werden, was die Wirkung der Selbstbehalte auf die Inanspruchnahme stark reduziert. In Dänemark und Schweden existiert ein differenziertes Erstattungsmodell. Dieses beinhaltet sowohl



prozentuale Zuzahlungen als auch fixe Selbstbehalte. Die Selbstbehalte sind nach dem Verbrauch gestaffelt, wobei die ersten 820 DKK (rund 110 Euro) beziehungsweise 900 SEK (rund 96 Euro) immer selbst zu bezahlen sind, danach fallen stufenweise Zuzahlungen bis zu einem jährlichen Höchstbetrag an. In Finnland müssen Patienten einen bestimmten Prozentsatz des Arzneimittelpreises oder ein Fixum in Form eines Selbstbehaltes bezahlen. Die Höhe beträgt in Abhängigkeit von der jeweiligen Erstattungskategorie 58 Prozent, 28 Prozent oder fix drei Euro. In der Schweiz sind Medikamentenselbstbehalte Teil des gesamten Selbstbehaltssystems der Krankenversicherer, bei dem eine Beteiligung des Patienten an allen Leistungen mittels Selbstbehalt und anteiliger Zuzahlung (10 Prozent) erfolgt, nachdem die versicherungstarifabhängige Jahresfranchise, ein deductible, überschritten wird. Für Arzneimittel speziell gilt außerdem ein erhöhter Zuzahlungssatz von 20 Prozent, wenn kein günstigeres Generikum gewählt wird, obwohl es zur Verfügung steht. Auch in der Schweiz gibt es überdies ein Referenzpreissystem mit Orientierung an einem Länderkorb und dem inländischen Preisniveau ähnlicher Präparate. Viele Länder haben Obergrenzen für die Höhe der Selbstbehalte festgesetzt. Diese können pauschal oder in Abhängigkeit vom Einkommen bestimmt werden. Zudem gibt es häufig Sonderregelungen für sozial schwächere Gruppen oder chronisch Kranke mit entsprechend niedrigeren Selbsthalten

International angewandte Maßnahmen zur Mengenkontrolle

Auf Basis der in den untersuchten Ländern gefundenen Maßnahmen wurde mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbart, bestimmte konkrete Bereiche und Maßnahmen im Detail zu untersuchen: Arzneimittelbudgets, Anreizprogramme und Verschreibungsrichtlinien, Patienteninformation und Monitoring des Verschreibeverhaltens der Ärzte.⁹

Arzneimittelbudgets

Unter Arzneimittelbudgets wird allgemein die Festlegung der maximalen finanziellen Mittel für Medikamente verstanden, die innerhalb einer bestimmten Zeitspanne ausgegeben werden dürfen. Mittels Arzneimittelbudgets können sowohl positive Anreize in Form einer Belohnung bei Unterschreitung als auch negative Anreize durch Sanktionen bei Budgetüberziehung gesetzt werden. Ziel ist letztendlich entweder die Verschreibung einer angemesseneren Menge oder von preisgünstigeren Medikamenten – also die Erhöhung der technischen Effizienz und die damit verbundene Eindämmung der Medikamentenausgaben.

Ein wesentlicher Vorteil von Arzneimittelbudgets liegt in der Möglichkeit der Vorausplanung der effizienten Nutzung von Ressourcen. Im Sinne der Dezentralisierung können Budgets aber auch eine wesentliche Rolle in Gesundheitsreformen einnehmen, indem Entscheidungsprozesse und Verantwortung auf dezentrale Ebenen übertragen werden.¹⁰ Prinzipiell kann ein Arzneimittelbudget also auf **verschiedenen Ebenen** implementiert werden: Es kann ein globales Budget auf Regierungsebene festgelegt werden, einzelnen Sektoren oder Regionen können fixierte Budgets zugeschrieben werden, aber auch individuelle Budgets auf Ebene des verschreibenden Arztes oder auf Patientenebene – Patienten selbst wird ein Budget gewährt, um für ihre Behandlung aufzukommen – sind möglich.

Die Budgets können auch **verschiedene Formen** annehmen. „Harte“ Budgets gehen mit Pönalen bei Überschreitung bzw. Belohnungen bei Unterschreitung einher. Sanktionen können dabei auch derart ausgestaltet sein, dass der betroffene Agent für die vollständige oder teilweise Zurückzahlung einer Budgetüberschreitung aus zukünftigen Budgets verpflichtet wird oder ihm die Budgetgewalt komplett entzogen wird. Eine Haftung mit dem eigenen Einkommen ist ebenfalls denkbar. Belohnungen können in Form teilweiser oder vollständiger Überschusseinbehaltung gewährt werden, mit oder ohne Bindung an eine spezifische Verwendung wie etwa die Reinvestition in die Praxis. Eine Alternative zu harten Budgets sind „weiche“ Ziel- oder Schattenbudgets. Dabei werden die Kosten aufgezeichnet, wodurch auf Über- oder Unterschreitungen aufmerksam gemacht wird. Es erfolgen aber keine unmittelbaren Sanktionen und Überziehungen werden automatisch ausgeglichen. Die Vermutung, dass solche „weichen“ Budgets weniger wahrscheinlich effektive Kosteneindämmungsinstrumente sind, liegt nahe. Dennoch mögen sie nicht unwirksam sein, da die meisten Agenten sich als Einhalter solcher Ausgabenobergrenzen sehen möchten. „Naming and shaming“ kann in diesem Fall durchaus erwünschte Verhaltensänderungen nach sich ziehen. Ein weiterer Ansatz, mit solchen Budgetobergrenzen umzugehen, besteht darin, gemeinsam mit dem Arzt Verbesserungen zu erarbeiten. Budgets können außerdem auf **verschiedene Arten** gesetzt werden: Für Agenten, die einer fixierten Population dienen, können sie auf Pro-Kopf-Basis festgelegt werden. Um den Bedürfnisunterschieden

9 Weitere gefundene Maßnahmen konnten beispielsweise in den Bereichen Ärztinformation, Wirkstoffverschreibung, Generikaförderung und -substitution oder Werbebeschränkungen gefunden werden. Diese Bereiche sind im IHS-Projektbericht im Überblick dargestellt, wurden aber keiner Detailanalyse unterzogen.

10 Vgl. Mossialos E., Le Grand J. (eds.) (1999): op. cit.





zwischen verschiedenen Bevölkerungsteilen Rechnung zu tragen, kann der Betrag pro Person an verschiedene Risikofaktoren wie Alter oder Krankengeschichte angepasst werden: Je größer allerdings die Zahl dieser Anpassungen, desto komplexer wird das System. Alternativ dazu können Budgets auch entsprechend historischen Ausgaben oder Aktivitätsniveaus fixiert werden, dies bringt allerdings auch die Gefahr mit sich, dass – wenn diese nicht die aktuellen und zukünftigen Bedürfnisse widerspiegeln – vergangene Ineffizienzen weitergeführt werden.

Unter welchen Voraussetzungen wirken Arzneimittelbudgets?

In der Europäischen Union sind Arzneimittelbudgets eher die Ausnahme; von den im Rahmen der Untersuchung betrachteten Ländern finden sich unterschiedliche Ausprägungen davon in Deutschland, dem Vereinigten Königreich und Schweden. Sie sind vor allem ein Phänomen der 1990er Jahre und wurden im Laufe der Zeit entweder abgeschafft oder angepasst. Ob mit Hilfe von Arzneimittelbudgets das Ziel, Medikamentenkosten einzusparen, tatsächlich erreicht werden kann, hängt von verschiedenen Voraussetzungen ab:

Erstens muss verhindert werden, dass einzelne Verschreibungsentscheidungen durch die finanzielle Anreizstruktur verzerrt werden und Patienten wichtige Medikation vorenthalten wird. Dem kann zum Teil dadurch entgegengetreten werden, dass für bestimmte Medikamente oder Patienten Ausnahmeregelungen geschaffen und/oder Anpassungen der Budgets entsprechend der Patientenstruktur vorgenommen werden. Dies ist auch wichtig, um zu verhindern, dass es zu einer Selektion durch „Rosinenpicken“ kommt. Das heißt, dass Ärzte bevorzugt jene Patienten behandeln, die das Budget am wenigsten beanspruchen. Ein Beispiel für solche Regelungen liefert das Vereinigte Königreich. Die Arzneimittelbudgets wurden hier jährlich für jede Praxis festgelegt, zunächst auf Basis der Ausgaben- und Verschreibungskosten-Muster ähnlicher Praxen. Seit 1993 finden jedoch auch Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten sowie die Präsenz von Patienten, die höhere Kosten verursachen, Berücksichtigung.

Ein weiteres Problem, das im Zusammenhang von Arzneimittelbudgets auftreten kann, ist die Budgetverlagerung. Diese kann einerseits intertemporal erfolgen. So kam es etwa in Deutschland nach dem Beschluss der Einführung von Budgets zu einer Kostenexplosion.¹¹ Die wohl darauf zurückzuführen war, dass Ärzte – unter Umständen auch auf Druck von Patienten – versuchten, viele Verschreibungen noch vor Inkrafttreten der Regelung zu erledigen. Andererseits sind auch sektorale Verlagerungen möglich. Etwa wenn die Einführung von Budgets dazu führt, dass Ärzte Patienten verstärkt an Spitäler überweisen, um Ausgaben einzusparen. Die Reduktion von Inputs in einem Bereich (wie Arzneimitteln) kann – wenn sie an der falschen Stelle erfolgt – zu größeren Ausgaben für andere Inputs, die möglicherweise weniger effizient in der Verbesserung der Patientengesundheit sind, führen. Dadurch wird die gesamte Systemeffizienz negativ beeinträchtigt.¹²

Wichtig ist es auch, dass die verschreibenden Ärzte ein rechtzeitiges Feedback über die Budgeterfüllung sowie spezifische Auskünfte hinsichtlich möglicher Verbesserung erhalten. Hier zeigt sich, dass es dringend notwendig ist, an einer Vielzahl von Stellen anzusetzen, wenn man effektive Mengenkontrolle ausüben will: So können auch weiche Budgets sinnvoll sein, wenn sie in ein Konzept eingebettet sind, das auf Verbesserungen des Verschreibeverhaltens abzielt. Sie stärken das Bewusstsein, dass die Mittel, auch im Gesundheitswesen, begrenzt sind und sinnvoll eingesetzt werden müssen. Ohne ergänzende Maßnahmen sind weiche Budgetgrenzen jedoch sinnlos.

Ein weiterer entscheidender Faktor ist, dass Ärzte über substitutive Medikamente Bescheid wissen – nicht nur im Allgemeinen, sondern für spezifische medizinische Situationen, in denen alternative Medikamente Kosten reduzieren (oder Risiken erhöhen) könnten. Ferner müssten Ärzte über Preisunterschiede informiert sein und auf diese auch reagieren.¹³ Keine weitere Selbstverständlichkeit in der Praxis ist überdies die tatsächliche Exekution einer Arzneimittelbudgetüberschreitung; Erfahrungsberichte zeigen, dass auch in Ländern, in denen finanzielle Sanktionen vorgesehen waren, diese nicht eingefordert wurden – was die gesetzten Maßnahmen insgesamt ad absurdum führt.¹⁴ Ein Beispiel hierfür ist etwa Deutschland. Hier sanken die Arzneimittelkosten im ersten Jahr der Einführung von Budgets (1993) um rund 18,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr.¹⁵ Bereits im nächsten Jahr stiegen die Verschreibungen jedoch wieder an, und im Jahr 1995 kam es schließlich zu zahlreichen Budgetüberschreitungen. Nach zahlreichen Protesten verweigerte jedoch die Ärztervertretung die Zahlung, und Sanktionen wurden trotz weiterer Budgetverstöße auch in der Folge nicht exekutiert.

11 Vgl. Henke K.-D., Murray M. A., Ade C. (1994): Global budgeting in Germany: lessons for the United States. *Health Affairs*, 13(4), S. 13.

12 Vgl. Soumerai S. B., Ross-Degan D. (1997): Prescribing budgets: economic, clinical and ethical perspectives. *Australian Prescriber*, 20, S. 28 f.

13 Vgl. Soumerai S. B., Ross-Degan D. (1997): op. cit., S. 28 f.

14 OECD, Organisation for Economic Co-Operation and Development (2008), *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*, S. 101.

15 Busse R., Schreyögg J., Henke K. D. (2005): Regulation of pharmaceutical markets in Germany: improving efficiency and controlling expenditures? *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 20(4), S. 343.



Fixe Budgetbeschränkungen müssen also „glaubwürdig“ sein. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Budgets, die gemäß historischen Kosten festgelegt werden, einen Anreiz geben, diese Basis in die Höhe zu treiben, um auch künftige Ineffizienzen finanzieren zu können.¹⁶

Anreize, weniger bzw. kostengünstigere Medikamente zu verschreiben, können den verschreibenden Arzt auch in ethische Grenzbereiche drängen. Ob ein Arzt ein Arzneimittelbudget als unethisch erachtet, hängt, so zeigen Untersuchungen aus Großbritannien, auch wesentlich davon ab, wie klar und umfassend ihm dessen Ziele vermittelt wurden. Dass britische Ärzte Fundholding gerade zu Beginn skeptisch gegenüberstanden, lag auch daran, dass sie sich des Endzwecks, eingesparte Ressourcen im Arzneimittelbereich zur Verbesserung anderer Bereiche einzusetzen, nicht bewusst waren.¹⁷ Bezüglich der Implementierung lässt sich feststellen, dass diese insbesondere dann schwierig ist, wenn Ärzte den Eindruck haben, dass die Maßnahme nur kostenmotiviert ist. Ihnen die Notwendigkeit zu erklären und auf den Trade-off zwischen Honoraren und Arzneimittelkosten hinzuweisen sowie die Folgen von übermäßiger Medikation beim Patienten sind ein wichtiger Implementierungsschritt. Die Einbettung in Maßnahmen, die den Ärzten helfen, die gesetzten Ziele auch zu erreichen, ist essenziell. Ebenso sind ausschließlich negative Anreize keine ausreichende Motivation und werden eher auf Ablehnung stoßen. Hingegen bestehen gute Erfahrungen, wenn Ärzte am Erfolg der eigenen Bemühungen beteiligt werden.

In der Diskussion um die negativen Folgen von Arzneimittelbudgets wurde auch die Befürchtung laut, dass diese den Zugang zu (neuen) Medikamenten einschränken. So wurde in Großbritannien von Kritikern angemerkt, dass die Ausgabenobergrenzen den verschreibenden Arzt in seiner Fähigkeit, die effektivsten Wirkstoffe zu verwenden und auf spezielle Patientenbedürfnisse wie von älteren Leuten einzugehen, bremsen. Von Regierungsseite wurde hingegen das gegenteilige Argument vertreten, dass Arzneimittelbudgets zu qualitativeren und kosteneffizienteren Verschreibungen führen und somit die Patientenbetreuung sogar verbessern. Auch in Deutschland wurde zu bedenken gegeben, dass die älteren Medikamente, die Ärzte aus Kostengründen verschreiben, weniger effektiv sein könnten als innovativere, neue Produkte. Überzeugende Beweise konnten weder dafür noch dagegen vorgelegt werden.¹⁸ In der Praxis hatten Budgets bisher vor allem kurzfristige ausgabenenkende Effekte, und es zeigte sich, dass Anreize, die das individuelle Einkommen des verschreibenden Arztes betreffen, effektiver sind („harte Budgets“).

Kollektive Budgets, die etwa für eine ganze Region gelten, sind aus Gerechtigkeitsicht problematisch, da sich immer die Frage stellt, wie Sanktionen oder Belohnungen verteilt werden. Der Eindruck, als Einzelner keinen oder nur einen sehr geringen Einfluss auf die Gesamtausgaben zu haben, kann dazu führen, dass die Anreizwirkung der Budgetbeschränkung verlorengeht. In Gruppen, die klein genug sind und in denen sich die einzelnen Mitglieder gegenseitig kontrollieren, kann die Anreizwirkung aufgrund des Gruppendrucks jedoch auch verstärkt werden. Zu beachten ist weiters, dass Budgets, die zwar mit Sanktionen bei Überschreitungen, aber mit keiner Belohnung bei Unterschreitung verbunden sind, dazu ermuntern, dass diese voll ausgeschöpft werden.

Anreizprogramme und Verschreibungsvorgaben

Anreizprogramme, die das Verschreibeverhalten von Ärzten beeinflussen sollen, können die verschiedensten Formen annehmen. Grundsätzlich lässt sich zwischen **finanziellen und nicht finanziellen, positiven und negativen** sowie **direkten und indirekten** Anreizen unterscheiden. Ein Einkommensbonus, welcher bei der Erreichung einer bestimmten Zielvorgabe ausbezahlt wird, ist ein Beispiel für einen direkten, positiven, finanziellen Anreiz. Ein nicht finanzieller Anreiz kann beispielsweise in einer größeren Souveränität der Ärzte oder in einer besseren Versorgung der Patienten bestehen. Indirekte Anreize liegen etwa dann vor, wenn die aus dem Anreizprogramm erhaltenen Vorteile der ganzen Praxis oder den Patienten zugute kommen. Für Krankenversicherungen können Anreizprogramme eine Möglichkeit sein, Kosten einzusparen und gleichzeitig die Entscheidung über die Einsparungsmaßnahmen auf die Ärzte zu übertragen. Gegenüber pauschalen Maßnahmen (wie etwa der generellen Streichung der Erstattung für ein Arzneimittel) ergibt sich der Vorteil, dass der Arzt je nach Situation individuell entscheiden kann und somit die negativen Auswirkungen für die Patienten reduziert werden.¹⁹ Je nach Ausgestaltung können Anreizprogramme von Ärzten jedoch auch als Beschränkung ihrer Souveränität oder als negative Beeinflussung angesehen werden.

16 Granlund D., Rudholm N., Wikström M. (2006): Fixed Budgets as a Cost Containment Measure for Pharmaceuticals. *European Journal of Health Economics*, 7(1), S. 38 f.

17 Bateman D. N., Campbell M., Donaldson L. J., Roberts S. J. und Smith J. M. (1996): A prescribing incentive scheme for non-fundholding general practices. *British Medical Journal*, 313, S. 535–538.

18 Vlg. Gross D. J., Ratner J., Perez J., Glavin S. L. (1994): International pharmaceutical spending controls: France, Germany, Sweden, and the United Kingdom – Prescription Drugs: Payment and Policy Issues. *Health Care Financing Review*, 15, S. 127–140.

19 Mossialos E., Walley T., Mracek M. (2004): Regulating pharmaceuticals in Europe: an overview. In: Mossialos E., Mracek M. F., Walley T.: *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. European Observatory on Health Care Systems Series, Berkshire: Open University Press, S. 177 f.





Die Ziele von Anreizprogrammen können in einer Verminderung des Ressourceneinsatzes, in der Qualitätsverbesserung oder in der Veränderung von Verhaltensmustern liegen. In der Praxis werden oft mehrere Ziele gleichzeitig verfolgt, wodurch es schwierig wird, den Erfolg von bestimmten Programmen zu messen. Besonders Veränderungen in der Leistungsqualität sind nur schwer beobachtbar. Zudem werden Anreizprogramme oft im Rahmen von umfangreicheren Maßnahmenpaketen oder Reformen eingeführt. Abzuschätzen, welche Auswirkungen eine bestimmte Maßnahme für sich genommen hatte, ist dadurch nicht immer einfach.²⁰ Bei der Betrachtung von Anreizprogrammen im Arzneimittelbereich zeigt sich, dass diese oft im Zusammenhang mit Arzneimittelbudgets, welche an sich auch als eine Form von Anreizprogramm gesehen werden können, eingeführt werden.

Beispiele für Anreizprogramme aus Frankreich und dem Vereinigten Königreich

In einem Versuch, die Kosten für die ambulante Versorgung zu verringern, wurden in **Frankreich** im Jahr 1993 medizinische Richtlinien (Références médicales opposables, RMOs) per Gesetz eingeführt. Unter der Ärzteschaft war die Befürchtung oft groß, dass Versuche, Kosten im Gesundheitsbereich einzusparen, zu einer Verschlechterung der Qualität der angebotenen Leistungen führen würden, bzw. es zu einem Konflikt zwischen finanziellen und Patienteninteressen kommen könnte. Die Einhaltung der RMOs wurde zwischen den Ärztevertretern und den Krankenversicherungen vertraglich vereinbart. Ärzte, welche sich nicht an Richtlinien hielten, konnten mit finanziellen Sanktionen belegt werden. Die RMOs arbeiteten somit mit negativen Anreizen. Im Jahr 1998 gab es insgesamt 243 Richtlinien, davon betrafen 77 direkt die Verschreibung von Arzneimitteln und deckten wertmäßig 48 Prozent der erstattungsfähigen verkauften Arzneimittel ab.²¹

In einem System wie in Frankreich, in dem Patienten ihre Ärzte frei wählen können und die Bezahlung auf „fee for service“-Basis erfolgt, ist die Weigerung, nach dem Willen des Patienten zu verschreiben, mit einem finanziellen Risiko für den Arzt verbunden, falls ein unzufriedener Patient daraufhin den Arzt wechselt.²² Es zeigt sich aber auch, dass die Ärzte die RMOs nach der Einführung als hilfreich betrachteten, wenn es darum ging, Patienten zu erklären, warum ein bestimmtes Arzneimittel oder ein Test nicht verschrieben werden konnte, und dass die RMOs somit als Gegengewicht zum Druck von Seiten der Patienten gesehen werden konnten. Da die Richtlinien nur den ambulanten Sektor und nicht den Spitalsbereich betrafen, bestand die Möglichkeit einer Kostenverschiebung hin zum stationären Sektor. In den Jahren nach Einführung der RMOs war jedoch keine Veränderung im Trend der Spitalsausgaben erkennbar.²³ Einige frühe Studien über die Effekte der RMOs zeigten eine positive Wirkung auf die Arzneimittelkosten. Le Fur und Sermet (1996)²⁴ berechneten für ganz Frankreich eine Kosteneinsparung von rund 337 Millionen FRF (51 Mio. Euro), und das, obwohl die RMOs nur teilweise eingehalten wurden. Bei einer vollständigen Einhaltung der RMOs durch alle Ärzte wäre eine Einsparung von 1,15 Milliarden FRF (175 Millionen Euro) möglich gewesen. Der kostensenkende Effekt der ersten RMOs, der für das Jahr 1994 beobachtet werden konnte, war in späteren Jahren jedoch nicht mehr nachweisbar. Eine Erklärung für diese Tatsache ist die folgende: Als das RMO-Programm eingeführt wurde, rechneten viele Ärzte mit Kontrollen und schränkten daraufhin ihre Verschreibungen ein. Alle Überprüfungen zur Einhaltung der RMOs wurden jedoch händisch durchgeführt. Um die Verschreibungen eines einzelnen Arztes zu prüfen, waren somit rund 300 bis 350 Arbeitsstunden notwendig. Dies führte dazu, dass die Anzahl der geprüften Ärzte gering war. Bis zum Jahr 1997 wurden gegen 121 Ärzte finanzielle Sanktionen verhängt. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Kontrolle und der geringen Anzahl an tatsächlich gestraften Ärzten litt aber die Glaubwürdigkeit der Sanktionen, die Wirkung auf das Verschreibeverhalten der Ärzte ging dadurch größtenteils verloren.²⁵ Seit der französische Staatsrat im Jahr 1999 feststellte, dass eine Bestrafung von Ärzten, welche sich nicht an die RMOs gehalten hatten, nicht zulässig war, sind diese Richtlinien zwar noch in Verwendung, jedoch wird ihre Einhaltung von den Krankenversicherungen nicht mehr kontrolliert oder sanktioniert.²⁶

Im Jahr 1999 wurde im **Vereinigten Königreich** das bis dahin bestehende Fundholding-System durch die Labour-Regierung abgeschafft. Im Nachfolgesystem stehen die Primary Care Trusts (PCTs) im Zentrum. Die

20 Chaix-Couturier C., Durand-Zaleski I., Jolly D., Durieux P. (2000): Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, 12, S. 133.

21 Lenoir D., Vennin-Laird M. (2004): Krankenversicherung und Versorgungssteuerung. Technischer Bericht 26, Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit, S. 11.

22 Or Z. (2002): Improving the Performance of Health Care Systems: From Measures to Action: A Review of Experiences in Four OECD Countries. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No 57, OECD Publishing, S. 9.

23 Durand-Zaleski I., Collin C., Blum-Boisgard C. (1997): An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France. *BMJ*, 315, S. 945 f.

24 Le Fur P., Sermet C. (1996): Les références médicales opposables, impact sur la prescription pharmaceutique. Paris, France: Centre d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), No. 1116

25 Vgl. Durieux P., Gaillac B., Giraudeau B., Doumenc M., Ravaud P. (2000): Despite Financial Penalties, French Physicians' Knowledge of Regulatory Practice Guidelines Is Poor. *Archives of Family Medicine*, 9, S. 414-418.

26 Or Z. (2002): op. cit., S. 10.



PCTs sind lokale Organisationen, in deren Verantwortung es liegt, die medizinische Grundversorgung sicherzustellen. Alle Ärzte einer Region gehören zu einem bestimmten PCT. In den Jahren von 1999 bis 2004 war jeder PCT dazu verpflichtet ein **Prescribing Incentive Scheme** zu schaffen. Dies ist ein Programm, mittels Bonuszahlungen die Ausgaben für Arzneimittel zu senken und dafür zu sorgen, dass die Arzneimittelbudgets eingehalten werden können. Die Ausformung war den PCTs überlassen. Dementsprechend vielfältig waren und sind die Anreizmechanismen gestaltet. Eine häufige Form ist die Vergabe von Punkten für das Erreichen bestimmter Indikatoren. Die Punkte werden dann über Formeln in die tatsächlichen Bonuszahlungen umgerechnet. Eine andere Version besteht darin, dass die Praxen eine bestimmte Summe pro Patient für jeden erreichten Indikator erhalten. Seit 2005 ist die Erstellung eines Prescribing Incentive Scheme nicht mehr gesetzlich verpflichtend; aufgrund positiver Erfahrungen in der Vergangenheit kommt es bei zahlreichen PCTs weiterhin zur Anwendung. In der Regel legen die PCTs weiter fest, dass Bonuszahlungen nur zweckgebunden verwendet werden dürfen (z. B. für den Kauf von Materialien und Ausstattungen zur Behandlung von Patienten oder für Personalschulungen). Ashworth et al.²⁷ untersuchten die Anreizprogramme der Primary Care Organisations (PCOs) und deren Auswirkungen auf die Einhaltung der Arzneimittelbudgets für die Perioden 1999/2000 und 2000/2001. Sie stellten fest, dass die durchschnittlichen Bonuszahlungen pro Arzt im Jahr 2001 rund 1.220 GBP (etwa 2.000 Euro) betragen. Die Bonuszahlungen mussten zwar, wie bereits erwähnt, wieder investiert werden, da aber viele dieser Investitionen ohnehin durchgeführt worden wären, erhöhten die Bonuszahlungen die Einkommen der Ärzte. Zudem sind die Investitionen geeignet, neue Patienten für die Praxis zu gewinnen. Ein Vergleich unter PCOs in der zweiten Periode ergab, dass diejenigen PCOs, welche ihr Budget unterschreiten konnten, höhere maximal erreichbare Bonuszahlungen festgelegt hatten und einen größeren Anteil ihres Budgets für die Bonuszahlungen verwendeten als die PCOs, welche ihre Budgets überschritten. Weiters wurde festgestellt, dass der Zusammenhang zwischen den tatsächlich ausbezahlten Boni und der Einhaltung der Budgets stärker war als der zwischen den maximal erreichbaren Bonuszahlungen und der Einhaltung der Budgets. Dies lässt sich einerseits damit erklären, dass das Verhalten der Ärzte stärker durch moderate, aber erreichbare Anreize beeinflusst wird als durch sehr hohe, aber nur für wenige wirklich realisierbare Boni. Andererseits ist es aber auch möglich, dass PCOs mit Budgetüberschüssen einfach großzügiger bei der Auszahlung von Boni waren. Im Großen und Ganzen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen den Bonuszahlungen und der Einhaltung der Budgets gibt. Die Autoren der Studie merken jedoch selbst an, dass die betrachtete Zeitperiode für eine definitive Feststellung zu kurz ist. Eine qualitative Studie des Gesundheitsministeriums²⁸ kam in Hinblick auf Prescribing Incentive Schemes zu folgenden Ergebnissen: Damit Anreizprogramme wirken, müssen die Zahlungen hoch genug sein, um zu Verhaltensänderungen zu motivieren. Zusätzlich müssen die Kriterien, nach denen die Zahlungen geleistet werden, realistisch, erreichbar und möglichst einfach sein. Die in der Studie interviewten Ärzte hielten die Versuche der PCOs, das Verschreibungsverhalten zu ändern, für durchaus erfolgreich und gaben an, dass die Programme relativ gut angenommen wurden. Die Vorbehalte der Ärzte gegenüber den Prescribing Incentive Schemes beruhen vor allem auf der Befürchtung, dass diese benützt werden (können) um Kosteneinsparung zu Lasten der Qualität durchzusetzen. Eine Schwierigkeit liegt auch in der Gestaltung und laufend notwendigen Anpassung der Anreizprogramme. In der walisischen Region Swansea etwa führte das dortige Prescribing Incentive Scheme in Kombination mit einer Arzneimittelmanagementinitiative zu einer deutlichen Reduktion der Kosten für Arzneimittel. Die sich aus dem *Prescribing Incentive Scheme* ergebenden Bonuszahlungen wurden aber so hoch, dass eine Revision notwendig wurde. Ein weiteres sehr interessantes Anreizprogramm, das im Vereinigten Königreich existiert, ist das **Quality and Outcomes Framework (QOF)**.²⁹ Hauptziel des QOF ist die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung im Allgemeinen. Es enthält aber auch einige Elemente, die im Hinblick auf die Mengensteuerung von Arzneimitteln interessant sind. Hiervon sind besonders die Verschreibungsberater (**Prescribing Advisers**) zu nennen. Im QOF gibt es zwei Indikatoren, die Praxen für zumindest jährlich stattfindende Treffen mit Verschreibungsberatern und dementsprechenden Änderungen im Verschreiberverhalten belohnen. Insgesamt können dadurch Bonuszahlungen in der Höhe von rund 1.000 GBP (1.100 Euro) erreicht werden, und die Erfahrung in der Praxis zeigte, dass über 90 Prozent der Praxen dies auch tatsächlich taten. Die Verschreibungsberater spielen eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, den Ärzten zu helfen, die für sie wichtigen Informationen zu finden und zu verarbeiten. Die Berater sind von den PCTs angestellte Spezialisten mit einer pharmazeutischen Ausbildung. Sie beraten die Ärzte bei kosteneffizien-

27 Ashworth M., Lea R., Gray H., Rowlands G., Gravelle H., Majeed A. (2004): How are primary care organizations using financial incentives to influence prescribing? *Journal of Public Health*, 26(1), S. 48–51.

28 Department of Health (2002), PPRS: The Study into the Extent of Competition in the Supply of Branded Medicines to the NHS.

29 Siehe auch Health System Watch III/2006.





tem Verschreiben, liefern objektive Informationen zu neuen Arzneimitteln und helfen bei konkreten Fragestellungen. Wie gezielte Beratung zu Kostensenkungen und einer effizienteren Verschreibungsweise führen kann, zeigt das Beispiel der PCTs New Forest und Eastleigh. Diese Region umfasst 38 Praxen und rund 350.000 Patienten. Die PCTs stellten acht Apotheker an, welche die Praxen dabei unterstützten, ihr Verschreibungsverhalten zu ändern, und gleichzeitig auch versuchten, die Patienten dazu zu bringen, die Verschreibung auch einzuhalten. Insgesamt kosteten die Berater 400.000 GBP, dem gegenüber standen jedoch Kosteneinsparungen in der Höhe von 1,1 Millionen GBP.³⁰

Die internationalen Beispiele zeigen, dass Anreizprogramme grundsätzlich funktionieren. Bei der Akzeptanz und Nachhaltigkeit sind reine Malusprogramme aber unterlegen, wie das französische Beispiel zeigt. Die Beispiele aus dem Vereinigten Königreich belegen gut, dass durch gezielte Anreize Verbesserungen im Verschreibungsverhalten möglich sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn den Ärzten gleichzeitig geholfen wird, diese Anreize auch zu nutzen. Die Prescribing Advisers haben sich, jedenfalls im englischen System, als wirksam erwiesen. Auch die Einbettung in ein umfassenderes Anreizprogramm, das QOF, erweist sich im Vereinigten Königreich jedenfalls als sinnvoll, da nicht das ausschließliche Einsparungsziel im Mittelpunkt steht.

Patienteninformation

Patienteninformation wirkt hauptsächlich indirekt auf die Arzneimittelmenge. Es kann zwischen **Sachinformation** über Arzneimittel und Systemen, die über den **individuellen Verbrauch** eines Patienten informieren, unterschieden werden. Bei den Sachinformationen ist entscheidend, dass die Information sowohl möglichst objektiv ist als auch auf patientenverständliche Weise transportiert wird. Die Theorie legt nahe, dass ein informierter Patient eine rationalere Therapie anstrebt und weniger stark auf anbieterinduzierte Nachfrage anspricht. Die laienhafte Kenntnis alternativer Verfahren kann aber auch zu einer vermehrten Nachfrage führen („Sicher ist sicher“). Wir haben zahlreiche verschiedene Beispiele für Patienteninformation gefunden. So bieten Internetseiten, wie die des britischen NHS³¹ oder die amerikanische Seite MedlinePlus³², Entscheidungshilfen zum Thema Selbstmedikation, Information zur richtigen Lagerung und Anwendung von Arzneimitteln und zu Nebenwirkungen und unerwünschten Interaktionen.

Informationen zur Wirkungsweise und dem richtigen Umgang mit Arzneimitteln können auch über gezielte Kampagnen verbreitet werden, hier ist etwa „Medication Use Safety Training for Seniors“ als Beispiel zu nennen. Dieses Programm richtet sich speziell an ältere Menschen und Personen, die ältere Menschen betreuen. Es soll den richtigen Einsatz von Arzneimitteln fördern, indem älteren Menschen geholfen wird, Nebenwirkungen zu erkennen und zu vermeiden, und das Wissen über Arzneimittel gefördert wird. Darüber hinaus bieten viele Länder die Möglichkeit, sich von zu Hause per Internet oder Telefon mit Fragen an qualifiziertes Personal zu wenden. All diese Projekte können dazu beitragen, dass Arzneimittel korrekt verwendet werden und somit Folgeprobleme und -kosten sowie unerwünschte Wirkungen vermieden werden können. Die Bedeutung der tatsächlichen Arzneimittelkosten für die Patienten ist vom jeweiligen Gesundheitssystem abhängig. In Ländern wie Österreich mit statischen Rezeptgebühren verliert der Patient leicht den Bezug zu den tatsächlichen Kosten, die für eine Therapie anfallen. Kosteninformation kann das Bewusstsein fördern und zu einem verantwortungsvolleren Umgang mit Arzneimitteln führen. Ein sehr gutes Beispiel für ein System, das über den Arzneimittelkonsum eines Patienten informiert, ist das dänische Medicinprofil. Über das Medicinprofil werden alle verschriebenen Arzneimittel und auch OTC-Produkte erfasst, und die Information steht auch dem Patienten zur Verfügung.

Zum Einfluss von Patienteninformation auf die Arzneimittelmenge kann gesagt werden, dass es zu diesem Thema keine empirischen Untersuchungen und somit auch keine Evidenz gibt. Diese ist in der Praxis auch schwierig zu erbringen, da die Kausalität in der Vielfalt von Einflüssen unkenntlich wird, gerade bei „weichen“ Maßnahmen wie der Patienteninformation.

Monitoring des Verschreibeverhaltens

Aufgrund von steigenden Arzneimittelkosten und Untersuchungen, die immer wieder große Unterschiede in der Verschreibepaxis feststellten, die sich nicht durch Unterschiede in den Patientencharakteristika erklären ließen, entschlossen sich in den letzten Jahren zahlreiche Länder zum Aufbau von Monitoring-systemen. Das Monitoring des Verschreibeverhaltens von Ärzten kann genutzt werden, um sowohl Fälle von übermäßigem Verschreiben als auch solche von Unterversorgung aufzudecken. Weitere Verwendungsmöglichkeiten sind die Kontrolle der Einhaltung von Richtlinien, bestimmten Qualitätsstandards oder

30 Vgl. National Audit Office (2007), Prescribing costs in primary care. Report by the Controller and Auditor General, S. 20–25.

31 <http://www.nhs.uk/>

32 <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>

Patienten-
information

Monitoring des
Verschreibeverhaltens





einer evidenzbasierten Verschreibep Praxis.³³ Ziel des Monitorings ist in der Regel die Sicherstellung einer „guten Verschreibep Praxis“. Wobei die Definition, was genau unter einer „guten Verschreibep Praxis“ zu verstehen ist, differieren kann, je nachdem ob von der Sichtweise der Patienten, Ärzte oder Krankenkassen ausgegangen wird.

Das Monitoring des Verschreibeverhaltens kann auf unterschiedlichen **Ebenen** stattfinden, nämlich beim Arzt für sich selbst, bei Ärzten einer Praxis oder Region füreinander, bei externen Verschreibungsberatern oder externen Institutionen.

Das Monitoringsystem in **Belgien** basiert auf zwei Säulen. Einerseits treffen sich Ärzte im Rahmen eines freiwilligen Akkreditierungsprogramms in lokalen Evaluierungsgruppen (lokaal kwaliteitsoverleg/groups locaux d'évaluation médicale) welche aus acht bis 25 Ärzten der gleichen Fachrichtung bestehen. Diese Gruppen haben die Aufgabe, einen Konsens über die Behandlungsstrategien in – von der Gruppe bestimmten – Themenbereichen herzustellen, die Verschreibungsprofile der einzelnen Ärzte zu evaluieren und einen jährlichen Evaluationsbericht zu erstellen. Andererseits kontrolliert die Krankenkasse über Indikatoren Abweichungen von der normalen medizinischen Praxis. Ärzte, deren Indikatoren die festgelegten Werte übersteigen, erhalten die Aufforderung, ihr Verhalten zu begründen und die Abweichung zu erklären. Werden die Begründungen als ungenügend angesehen, wird der betreffende Arzt für sechs Monate unter Beobachtung gestellt. Während dieser Zeitperiode wird das gesamte Verschreibungsverhalten überwacht. Anschließend erfolgt eine neuerliche Evaluation. Zeigt sich, dass keine Änderung im Verschreibeverhalten stattgefunden hat, können Sanktionen in der Form von Geldstrafen oder in schweren Fällen durch Entzug der Zulassung erfolgen. Oberstes Ziel der Reform ist es jedoch, abweichendes Verhalten durch Informationsbereitstellung und durch regelmäßiges Monitoring schon im Vorhinein zu verhindern.³⁴ Heyrman, Lemye und Moens³⁵ untersuchten die Auswirkungen des Systems und kamen zu dem Ergebnis, dass es zu einer Verbesserung der Qualität und der Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen führte. Ärzte waren sich ihrer Rolle in Bezug auf Ethik, Wirtschaftlichkeit und Qualität stärker bewusst. Durch die Peer-Reviews verbesserte sich die medizinische Praxis, das Wissen und interdisziplinäre Diskussionen wurden gefördert.

In **Dänemark** berät das Institut für Rationale Pharmakotherapie (IRF) Ärzte im Hinblick auf ein patientenorientierteres und kosteneffizientes Verschreibeverhalten. Zur Umsetzung stellt das IRF den Ärzten Informationen zur Verfügung. Zusätzlich führt Dänemark, ebenfalls unter der Leitung der Dänischen Arzneimittelagentur, bereits seit 1993 ein Arzneimittelstatistikregister, in welchem regelmäßig Arzneimittelverbrauchsdaten aufgezeichnet werden. Es ist insofern global einzigartig, als darin der Verbrauch medizinischer Produkte der dänischen Bevölkerung seit nunmehr 17 Jahren aufgezeichnet wird. Für jedes in einer Apotheke verkaufte verschreibungspflichtige Medikament werden 30 verschiedene Informationen erfasst: Diese reichen vom Nutzer über den Identifikationscode des Verschreibers hin zu ärztlichen Empfehlungen bezüglich Substitution.³⁶ Ebenfalls in der Statistik erfasst werden Details zum Verschreibeverhalten der Ärzte – und dies wird an die Betroffenen auch weitergeleitet.

Für detailliertere Analysen steht den Ärzten seit 2003 auch das Softwaretool OrdiPrax zur Verfügung. OrdiPrax soll Allgemeinmedizinern ermöglichen, ihr Verschreibungsprofil geordnet nach spezifischen Produkten oder Produktgruppen zu reflektieren. Es können damit Patientengruppen, die eine ungenügende Medikation erhalten, oder teure Verschreibungen, die für einen überproportional großen Anteil der Gesamtkosten verantwortlich sind, identifiziert werden. Auch das Ausmaß von Polypharmazie kann mittels OrdiPrax berechnet werden. Die Ärzte erhalten weiters Informationen zu Unterschieden in Verschreibungspraxen und Preislevels im Vergleich zu anderen Allgemeinmedizinern derselben Region. Zwecks besserer Vergleichbarkeit werden die Daten dazu um geschlechts- und altersspezifische Variationen bereinigt. Die Informationen sollen als Kommunikationsbasis zwischen Allgemeinmediziner und Arzneimittelberater auf Regionenebene dienen, um eine rationalere Verschreibung umzusetzen (Dänische Arzneimittelagentur 2007; Lægemedelstyrelsen 2004: 17 f.). Der dänischen Ärztekammer (DADL) zufolge erfreut sich das System seitens der verschreibenden Akteure großer Akzeptanz.³⁷

In **Deutschland** bestehen je nach Krankenkasse unterschiedliche Ansätze, das ärztliche Verschreibeverhalten zu überwachen und in Richtung eines wirtschaftlicheren zu steuern – exemplarisch wird deshalb

33 Vgl. Robinson J. (2001): Theory and practice in the design of physician payment incentives, *Milbank Quarterly*, 79(2), S. 149–177.

34 Vgl. Corens D. (2007): Health Systems in Transition, Belgium: Health System Review. Vol. 9, No. 2 European Observatory on Health Systems and Policies, S. 131–133.

35 Heyrman J., Lemye R., Moens M., Van den Oever R. (2003): Verslag van de resultaten van de schriftelijke enquête onder de LOK's ter evaluatie van de accreditering als systeem. Brussels, RIZIV-INAMI.

36 Lægemedelstyrelsen (2009): Registers of Medical Product Statistics. abrufbar unter: www.dkma.dk/1024/visUKLSArtikel.asp?artikelID=10895 (Abfragedatum: 09.11.2009).

37 Leopold C., Hahl C., Rosian-Schikuta I. (2007): Steuerung des Arzneimittelverbrauchs am Beispiel Dänemark. *Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG*, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, S. 19.





die Vorgehensweise des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WIdO) beschrieben. Das WIdO bietet Ärzten auf Wunsch eine Beratung durch Beratungsapotheker der Landes-AOK an. Beratungen können auch von Seiten der AOK initiiert werden, wenn von dieser aufgrund der Struktur der Verordnungen einzelner Ärzte ein Einsparungs- oder qualitatives Verbesserungspotenzial vermutet wird. Es wird dabei die Software pharmPRO verwendet, die es erlaubt, Einsparungspotenziale zu berechnen. Auf Grundlage dieser Berechnungen kann zusätzlich eine arzt-spezifische Positivliste entwickelt werden. Die darauf angeführten Medikamente sollen dem Arzt ermöglichen, den Großteil seiner Verschreibungen zu bedienen. Auch eine Überprüfung der Qualität der ärztlichen Ordnungsweise kann mit Hilfe von pharmPRO vorgenommen werden. Überblickskennzahlen zur Menge der DDD, zur Anzahl verschiedener Wirkstoffe je Patient und zur Zahl verschiedener Präparate können Hinweise auf Überdosierung, Polypragmasie und Wechselwirkungen liefern. Auch einzelne Patientenfälle – aus Datenschutzgründen anonymisiert – können mit dem Beratungsapotheker besprochen werden.

Das Beratungsangebot der AOK wird von den verschreibenden Akteuren positiv aufgenommen. So zeigte eine Fragebogenerhebung unter 259 Ärzten, dass 98 Prozent die Diskussionsmöglichkeit des persönlichen Ordnungsverhaltens schätzen und bestätigen, durch die Beratung ihr Ordnungsverhalten in Richtung eines wirtschaftlicheren optimieren zu können. Alle befragten Ärzte würden die Beratungsdienste wieder in Anspruch nehmen.³⁸ Auch im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit zeigten sich positive Ergebnisse. Einsparungen von 5.000 Euro pro Praxis und Quartal konnten in mehreren Regionen beobachtet werden. Diese können dem Umstieg auf kostengünstigere Medikamente zugeschrieben werden. Nachdem allerdings die individuellen Einsparungsreserven unterschiedlich hoch sind, kann diese Bezifferung nicht ohne weiteres auf das gesamte Bundesgebiet übertragen werden.³⁹

Im **Vereinigten Königreich** existiert ein sehr umfangreiches Monitoring und Beratungsangebot für Ärzte. In jedem PCT gibt es Prescribing Advisers (Verschreibungsberater), die durch zahlreiche elektronische Systeme unterstützt werden. Das Programm *Prescribing Analysis and Cost Tabulation* (PACT) wurde bereits im Jahr 1991 mit dem Ziel gestartet, den Ärzten Feedback zu ihrem Verschreibeverhalten zu geben und damit das Wachstum der Arzneimittelkosten einzuschränken. Die Datengrundlage stammte aus dem Erstattungssystem. Jeder Arzt erhielt vierteljährlich seinen persönlichen PACT Report zugeschickt.⁴⁰ In den letzten Jahren wurde auf elektronische Systeme umgestellt. Diese umfassen:

Electronic Prescribing Analysis and Cost (ePACT.net)

ePACT ist ein Service für PCTs und Prescribing Advisors, welches es erlaubt, online die Verschreibungsdaten der letzten sechs Monate zu analysieren. Die Daten werden monatlich aktualisiert und können nach verschiedenen standardisierten Verschreibungseinheiten betrachtet werden.⁴¹ Grundsätzlich haben einzelne Ärzte und Praxen keinen direkten Zugriff auf ePACT, sie können sich jedoch an ihr PCT beziehungsweise an ihren Prescribing Advisor wenden und Zugang zu Daten erhalten.

Electronic Prescribing and Financial Information for Practices (ePFIP)

Vier elektronische Berichte werden im Rahmen dieses Service bereitgestellt. Der **Prescribing Analysis Report** soll den Praxen Management, Überwachung sowie Kontrolle ihrer Verschreibegewohnheiten und -kosten ermöglichen und ist auch speziell im Hinblick auf die einzuhaltenden Arzneimittelbudgets relevant. Die aufbereiteten Informationen beinhalten unter anderem die gesamte Verschreibungshöhe, die sechs kostspieligsten therapeutischen Gruppen, die 20 teuersten Arzneimittel in der Praxis, Vergleiche zwischen PCTs und dem nationalen Durchschnitt sowie Verschreibungstrends innerhalb der Praxis hinsichtlich Kosten und Volumen. Die **Practice Detailed Prescribing Information (PDPI)** bietet einen vollständigen Überblick über die Verschreibungen der letzten zwei Jahre. Darin enthalten ist eine Aufschlüsselung der Verschreibungen nach Ärzten oder anderen praxisinternen Akteuren. Das **Prescribing Monitoring Document (PMD)** hingegen bietet finanzielle Details über die Verschreibungskosten, um den Praxen eine Erfüllung der Arzneimittelbudgets zu ermöglichen. Die monatlich aktualisierten Informationen, die für bis zu 13 Monate zurück verfügbar sind, weisen das Budget für das gegenwärtige Finanzjahr, die gesamten monatlichen Ausgaben, die kumulativen Ausgaben sowie Prognosen aus. Im Rahmen des „prescribing review“

38 Langner I. (2005): Mehr Transparenz bei der Verordnung: Die softwaregestützte Pharmakotherapieberatung der AOK will den Arzt bei einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unterstützen. Deutsches Ärzteblatt, Praxis 3, S. 16–19.

39 Langner I., Selke G. W. (2006): Arzneitherapie – Gut beraten, klug verordnen. Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 11, 9. Jahrgang, S. 26–32.

40 Vgl. Bateman D. N. (1998): Prescriber feedback in England. Australian Prescriber, 21, S. 3–4, abrufbar unter: www.australianprescriber.com/magazine/21/1/3/4/ (Abfragedatum: 13.11.2009).

41 Bei standardisierten Verschreibungseinheiten wird auf geschlechts- und altersspezifische Unterschiede im Arzneimittelverbrauch Rücksicht genommen. Personengruppen mit einem höheren Arzneimittelverbrauch gehen mit einer stärkeren Gewichtung in die Berechnung ein.





diskutieren Experten vierteljährlich nationale Leitfäden, aktuelle klinische Versuche sowie Verschreibungstrends für spezifische Behandlungsbereiche.

Die Stärke des PACT-Systems liegt darin, dass alle Verschreibungen innerhalb des NHS erfasst werden. Somit können Prescribing Advisers und Ärzte Trends im Verschreibungsverhalten beobachten, und auch die Auswirkungen von Interventionen lassen sich abschätzen. Der große Nachteil ergibt sich aus der Tatsache, dass keine Details zur Diagnose oder Indikation erfasst werden. Als PACT erstmals eingeführt wurde, betrug die jährliche Wachstumsrate der Verschreibekosten in der Primärversorgung 13 Prozent. Nach der Einführung reduzierte sich diese auf rund acht Prozent jährlich.⁴²

Jones et al.⁴³ analysierten die Meinungen der Ärzte zu PACT. Es zeigt sich, dass die Ärzte die PACT-Informationen schätzen und als hilfreich einstufen. Dennoch war der Einsatz der Daten sehr begrenzt, und nur kleine Teile wurden tatsächlich genutzt. Besonders kleine Praxen waren häufig von der Fülle an Informationen überfordert. Die Mehrzahl der Befragten gab an, dass der Kostenvergleich mit regionalen und nationalen Durchschnitten wichtige Hinweise zur Änderung des Verschreiberverhaltens bietet. Viele Ärzte wünschten sich jedoch auch eine Interpretation der Daten und konkrete, auf ihre Praxis bezogene Handlungsvorschläge. Nachdem die Studie aus dem Jahr 2002 stammt, beziehen sich die Ergebnisse allerdings auf die nicht-elektronische Form von PACT. Es gibt keine Untersuchungen, inwieweit sich die Meinung der Ärzte über PACT mit der Einführung von ePACT im Jahr 2006 geändert hat. Es erscheint jedoch durchaus wahrscheinlich, dass sich durch die elektronische Form und die damit verbundenen Such- und Selektionsmöglichkeiten die Übersichtlichkeit der Daten verbessert hat.

Infolge der Vielfalt und Vielzahl von Akteuren im Gesundheitswesen der **Vereinigten Staaten** gibt es auch viele verschiedene Monitoringansätze, im Folgenden wird der Ansatz von Kaiser Permanente (KP) dargestellt. KP setzt auf ein Programm, das bessere Versorgungsqualität durch einen steigenden Anteil adäquater Medikamentenverschreibungen und einen fallenden Anteil inadäquater Verschreibungen erreichen soll. Das Programm baut darauf auf, dass KP sich auf Basis vorliegender Literatur aus Organisationsstrukturen, automatisierten Entscheidungsunterstützungssystemen und Tools für individuelles Feedback bessere Ergebnisse verspricht als aus traditioneller Weiterbildung, Vorträgen, Verbreitung von Richtlinien und anderen Informationen oder Gruppen-Feedback. Mangels einer öffentlichen Basis für Behandlungsevidenz wird diese selbst erarbeitet und in mehrfacher Hinsicht zusammen mit Monitoringergebnissen vermittelt. Neben regionalen Initiativen, die mit den Leitlinien arbeiten und sie umsetzen sollen, fließen die Erkenntnisse auch in elektronische Entscheidungsunterstützungstools und Erinnerungstools bzw. -maßnahmen für die KP-Ärzte mit ein. Die Informationen werden auch über eine Reihe von Medien „unter die Ärzte“ gebracht, z. B. in Form von Informationskampagnen und Weiterbildungsschwerpunkten, die sich auf besonders problematische Bereiche konzentrieren. Die Daten dienen auch dem Benchmarking der KP-Ärztezentren.

Als konkretes Beispiel sei hier das **Drug Use Management** erwähnt. Regionale Komitees wählen einzelne Medikamentenklassen als Zielbereiche aus. Die Auswahlkriterien sind hohe Kosten, große Unterschiede bei den Verschreibemustern und die Existenz billigerer, gleich effektiver Alternativen. Die Komitees entwickelten gemeinsam mit Experten klinische Empfehlungen, setzten Performanceziele fest, stellten Informationsmaterial zusammen und bereiten Feedbackdaten auf. Mittels Drug Use Management konnte der Verbrauch von Antibiotika für ausgewählte Krankheiten während der Grippesaison in Kalifornien deutlich gesenkt werden, ohne dass es zu einem Anstieg von Arztbesuchen oder Spitalweisungen kam. Die Einsparungen wurden auf 1,5 Millionen USD geschätzt. Die Herangehensweise von Kaiser Permanente dürfte sehr erfolgreich sein. Allerdings ist sie auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass KP-Ärzte in der Regel Angestellte sind und daher einer anderen Anreizstruktur unterliegen.⁴⁴

Die genannten Beispiele zeigen, dass Monitoring funktioniert und sinnvoll ist. Eine Grundvoraussetzung für jedes Monitoring ist das Vorhandensein von Daten über die Verschreibungen, was angesichts der heutigen Möglichkeiten in der Informationsverarbeitung jedoch keine große Schwierigkeit darstellt. Wichtig erscheint, dass die Daten für den ärztlichen Alltag tauglich aufbereitet sind und dass ein begleitendes Angebot besteht, aus diesen Informationen resultierende Verbesserungsschritte zu setzen. Persönliche Beratung scheint besonders geschätzt zu werden. Zu vermeiden ist eine Überfrachtung der Ärzte mit einer zu großen Menge an Information ohne Hinweise auf konkrete Maßnahmen, die in den einzelnen Praxen ergriffen werden können.

42 Vgl. Bateman D. N. (1998): op. cit.

43 Jones M., Greenfield S., Jowett S., Nayak A., Stevenson F., Bradley C. (2002): Monitoring prescribing: GPs' use of Prescribing Analysis and Cost (PACT) data. *Primary Health Care Research and Development* 3, S. 105–114.

44 Hyatt J. D., Batchelder T. J., Wagner R. (2003): Improving Appropriate Prescription Drug Use to Best Practice: Supporting Evidence-Based Drug Use. *The Permanente Journal*, 7(2), S. 13–21.





Determinanten der Verbrauchs-/Kostenentwicklung im Arzneimittelsektor

Um die Determinanten der Mengenentwicklung im Arzneimittelsektor zu identifizieren, wurde ein ökonomisches Modell geschätzt.⁴⁵ Es handelt sich dabei um eine Paneluntersuchung mit Daten von bis zu zwölf Ländern. Es zeigt sich, dass von den metrischen Variablen der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, die Magnetresonanztomographendichte (als Proxy für den medizinisch-technischen Fortschritt) sowie die Sterberate aufgrund bösartiger Neubildungen einen signifikant von null verschiedenen Erklärungsbeitrag zum Wachstum der öffentlichen Arzneimittelausgaben liefern. Von den sechs betrachteten Maßnahmen haben je nach Modell maximal drei eine signifikante ausgabenwachstumssenkende Wirkung: die Einführung eines elektronischen Verschreibungssystems, eines Arzneimittelbudgets sowie, mit verzögerter Wirkung, die Einführung einer Generikasubstitution.

Tabelle 1: Ergebnisse des ökonometrischen Modells: Koeffizienten und t-Werte

| | Modell 1 | Modell 2 |
|--|--------------------|--------------------|
| Konstante | 0,07 (7,02)** | 0,12 (9,66)** |
| Private Gesundheitsausgaben in % der gesamten Gesundheitsausgaben | -1,02 (-8,16)** | -0,60 (-6,61)** |
| Magnetresonanztomographen, pro 1 Million Einwohner | 0,08 (1,86)** | - |
| Standardisierte Sterberate bösartige Neubildungen, pro 100.000 Einwohner | -0,72 (-2,12)** | -0,58 (-1,65) * |
| Akutbetten, pro 1.000 Einwohner | - | 0,30 (1,64) * |
| Dummy: Sozialversicherungsland=1 | -0,04 (-3,96)** | -0,07 (-6,76)** |
| Dummy: Jahr=1, wenn elektronisches Verschreibungssystem vorhanden | -0,04 (-3,44)** | -0,06 (-4,43)** |
| Dummy: Jahr=1, wenn Arzneimittelbudget vorhanden | -0,03 (-2,30)** | -0,03 (-2,36)** |
| Dummy: Jahr=1, wenn Generikasubstitution vorhanden (um ein Jahr verzögert) | - | -0,03 (-2,69)** |
| N | 204 | 153 |
| Adjusted R ² | 0,33 | 0,36 |
| Overall F-Statistik | 17,79** | 13,20** |
| Hausmann Teststatistik (H0: Random Effects) | 3,31 | 5,15 |
| Fixed Effects (FE) oder Random Effects (RE) | RE | RE |

* Signifikanzniveau 10%

** Signifikanzniveau 5%

Quelle: eigene Berechnungen 2010.

Fazit

Stark wachsende Arzneimittelausgaben sind in den meisten entwickelten Gesundheitssystemen ein Problem. Die Betrachtung der Mengenentwicklung in Österreich legt die Empfehlung nahe, das rationale Verschreiberverhalten stärker zu hinterfragen, da in manchen ATC-Gruppen unerklärliche Mengenzuwächse entstehen, auch wenn man die Effekte der REGO berücksichtigt. Das Ziel sollte sein, notwendige Ausweitungen der Medikamentenausgaben von Überversorgung zu unterscheiden, um Ersterer nachhaltiger finanzieren zu können. In der Betrachtung der Fallstudien wie auch in unserem ökonometrischen Modell zeigt sich, dass private Zuzahlungen den stärksten kostendämpfenden Effekt haben. Dabei ist auch festzustellen, dass einige Länder ein wesentlich komplexeres Zuzahlungssystem haben, welches sowohl Anreize optimiert als auch Probleme der Verteilung minimiert, wodurch Verbesserungsspielraum für Österreich gegeben ist.

Möchte man nicht direkt beim Patienten ansetzen, gilt es, die (einzeln weniger wirksamen) Maßnahmen so zu kombinieren, dass ein maximaler synergistischer Effekt entsteht. Das Monitoring ist dabei eine zentrale Komponente, da nur unter Kenntnis des Geschehens weitere Maßnahmen gesetzt und gleichzeitig Unter- und Fehlversorgung erkannt werden können. Für manche Fragestellungen sind dabei detaillierte Analysen nötig, was aber in heutigen EDV-Lösungen umsetzbar sein sollte. Einige Beispiele sind im Text erklärt. Die Kombination mit Entscheidungsunterstützungssystemen, Anreizprogrammen, Arzneimittelberatung oder Peergruppenarbeit ist dabei erfolgversprechend, wenn jeweils bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Die wichtigste Voraussetzung für alle Maßnahmen scheint die Einbindung der Ärzteschaft zu sein, welche ebenfalls nicht am übermäßigen Arzneimittelkonsum interessiert sein kann und bei Mitwirkung am Erfolg von Maßnahmen beteiligt werden sollte. Diesbezüglich haben wir in den Fallstudien ermutigende Beispiele gesehen.

45 Aus Platzgründen erfolgt eine kurze Zusammenfassung, Details sind dem Bericht zu entnehmen.

Determinanten der Verbrauchs-/Kostenentwicklung im Arzneimittelsektor

Fazit





Health System Watch III/2010

Tabelle A1:

| | Gesamte Arzneimittelausgaben, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben | | | Gesamte Arzneimittelausgaben, pro Kopf, US-\$, Kaufkraftparitäten | | | Öffentliche Arzneimittelausgaben, in Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben | | | Gesamte Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel, in Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben | | |
|------------------------|---|-------------------|-----------------|---|------------------|-----------------|--|------------------|-----------------|--|-------------------|-----------------|
| | 2008 | Index 2000=100 | Index EU-27=100 | 2008 | Index 2000=100 | Index EU-27=100 | 2008 | Index 2000=100 | Index EU-27=100 | 2008 | Index 2000=100 | Index EU-27=100 |
| Österreich | 13,3 | 108 | 81 | 530 | 151 | 107 | 67,0 | 100 | 101 | 76,5 | 101 ¹¹ | 95 |
| Belgien | 16,4 | 95 ¹ | 100 | 604 | 111 ¹ | 122 | 59,3 | 109 ¹ | 89 | 99,6 | 100 ¹ | 123 |
| Bulgarien | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Dänemark | 8,6 ^a | 95 ² | 52 | 303 ^a | 118 ² | 61 | 55,8 ^a | 100 ² | 84 | 76,2 ^a | 96 ² | 94 |
| Deutschland | 15,1 | 111 | 92 | 563 | 156 | 114 | 76,6 | 106 | 115 | 88,9 | 104 | 110 |
| Estland | 20,7 | 93 | 126 | 262 | 226 | 53 | 42,9 | 96 | 65 | n. v. | n. v. | n. v. |
| Finnland | 14,4 | 98 | 88 | 435 | 159 | 88 | 55,7 | 116 | 84 | 84,7 | 105 | 105 |
| Frankreich | 16,4 | 99 | 100 | 607 | 144 | 123 | 66,5 | 99 | 100 | 80,4 | 93 | 100 |
| Griechenland | 24,8 ^a | 131 ³ | 151 | 668 ^a | 243 ³ | 135 | 79,0 ^a | 126 ³ | 119 | n. v. | n. v. | n. v. |
| Irland | 17,3 | 123 | 106 | 656 | 263 | 133 | 74,6 | 117 | 112 | n. v. | n. v. | n. v. |
| Italien | 18,4 | 84 | 112 | 527 | 116 | 107 | 47,2 | 106 | 71 | n. v. | n. v. | n. v. |
| Lettland | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Litauen | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Luxemburg | 8,4 ^c | 87 ⁴ | 51 | 338 ^c | 98 ⁴ | 68 | 83,5 ^c | 100 ⁴ | 126 | 98,9 ^c | 100 | 123 |
| Malta | 21,1 | 88 | 129 | n. v. | n. v. | n. v. | 61,5 | 137 ⁸ | 93 | n. v. | n. v. | n. v. |
| Niederlande | 11,5 ^f | 98 ⁵ | 70 | 325 ^f | 119 ⁵ | 66 | 57,2 ^f | 98 ⁵ | 86 | n. v. | n. v. | n. v. |
| Polen | 22,6 | 80 ⁶ | 138 | 274 | 132 ⁶ | 55 | 38,3 | 100 ⁶ | 58 | 56,9 | 106 ¹¹ | 71 |
| Portugal | 21,8 ^b | 97 ⁷ | 133 | 469 ^b | 139 ⁷ | 95 | 55,9 ^b | 99 ⁷ | 84 | n. v. | n. v. | n. v. |
| Rumänien | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Schweden | 13,2 | 95 ⁸ | 81 | 457 | 131 ⁸ | 92 | 58,1 | 93 ⁸ | 87 | 71,1 | 92 ⁸ | 88 |
| Slowakei | 28,1 | 83 | 171 | 489 | 239 | 99 | 71,4 | 86 | 108 | 82,7 ^e | 100 ¹² | 103 |
| Slowenien | 18,7 | 89 ⁶ | 114 | 435 | 122 ⁶ | 88 | 59,3 | 96 ⁶ | 89 | 78,8 | 97 | 98 |
| Spanien | 20,5 | 88 ⁹ | 125 | 596 | 127 ⁹ | 120 | 72,9 | 100 ⁹ | 110 | 74,2 | 98 ⁹ | 92 |
| Tschechien | 20,4 | 87 | 124 | 363 | 158 | 73 | 61,6 | 81 | 93 | 76,3 | 96 | 95 |
| Ungarn | 31,6 | 111 ⁸ | 193 | 454 | 164 ⁸ | 92 | 56,7 | 93 ⁸ | 85 | n. v. | n. v. | n. v. |
| Vereinigtes Königreich | 11,8 | 84 | 72 | 368 | 142 | 74 | 84,7 | 108 | 128 | n. v. | n. v. | n. v. |
| Zypern | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| EU-27* | 16,4 | 97 | 100 | 495 | 141 | 100 | 66,4 | 105 | 100 | 80,7 | 99 | 100 |
| EU-15* | 15,8 | 97 | 97 | 522 | 139 | 105 | 68,2 | 106 | 103 | 82,7 | 99 | 102 |
| EU-12* | 23,8 | 88 | 145 | 336 | 150 | 68 | 50,6 | 96 | 76 | 66,0 | 105 | 82 |
| Kroatien | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Mazedonien | 14,9 ^d | 110 ¹⁰ | 91 | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Türkei | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Schweiz | 10,3 ^a | 95 ³ | 63 | 461 ^a | 132 ³ | 93 | 67,6 ^a | 111 ³ | 102 | 82,1 ^a | 111 ³ | 102 |
| USA | 11,9 | 105 | 73 | 897 | 168 | 181 | 32,8 | 169 | 49 | 85,7 | 107 | 106 |

* gewichteter Durchschnitt

^a 2007, ^b 2006, ^c 2005, ^d 2004, ^e 2003, ^f 2002

¹ 2005–2008, ² 2003–2007, ³ 2000–2007, ⁴ 2003–2005, ⁵ 2000–2002, ⁶ 2002–2008, ⁷ 2000–2006, ⁸ 2001–2008, ⁹ 2003–2008, ¹⁰ 2000–2004,

¹¹ 2004–2008, ¹² 2000–2003

Quelle: WHO Health for all database, Juli 2010; OECD Health Data, Juni 2010 für die Kennzahl „Gesamte Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel, in Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben“ sowie durchgehend für alle Kennzahlen in BEL, DEN, LUX, SWE, ESP und USA; eigene Berechnungen 2010.

