

Auswirkungen der Medikamenten-Rabattverträge auf die Arzneitherapie im hausärztlichen Setting

Impact of Drug Discount Contracts on Drug Therapy in Primary Care

Dagmar Gröber-Grätz¹, Markus Gulich¹

Einleitung: Neue gesetzliche Veränderungen, erweitert am 1. April 2007, ermöglichen den gesetzlichen Krankenkassen, die Arzneimittel-Versorgung ihrer Versicherten mithilfe von Rabattverträgen zu regeln. Durch die Aut-idem-Regelung muss der Apotheker ein wirkstoffgleiches Medikament wählen, mit dem die betreffende Krankenkasse einen Rabattvertrag hat. Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, wie die Rabattverträge in der Praxis umgesetzt werden und welche Problematiken für Ärzte und Patienten auftreten.

Methodik: Anhand eines standardisierten Fragebogens wurden niedergelassene Allgemeinmediziner in Deutschland über ihre Erfahrungen zu den Rabattverträgen der Krankenkassen befragt.

Ergebnisse: An der Studie nahmen 95 Ärzte teil. Durch die Umstellung der Medikamente auf rabattierte Arzneimittel ergeben sich für die meisten Ärzte erhebliche Probleme. Die meisten Befragten beobachten eine wesentliche Beeinträchtigung der Compliance und des Arzt-Patient-Verhältnisses (87,4 % respektive 70,6 % der befragten Ärzte). Durch Änderungen in der Substitution gaben 73,4 % der Ärzte Medikationsfehler und 90,5 % einen erhöhten Beratungsbedarf seitens der Patienten an. Verunsicherte und verärgerte Patienten erschweren die medizinische Therapie zusätzlich. **Diskussion:** Die Arzneimittelversorgung in der hausärztlichen Praxis sollte nicht nur unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet werden. Der Präparateaustausch muss auch medizinische und patientenspezifische Aspekte berücksichtigen, um nicht die Patienten und den Therapieerfolg zu gefährden.

Schlussfolgerung: Für den Allgemeinmediziner ist es völlig undurchsichtig, mit wem die Krankenkassen über welchen Wirkstoff einen Rabattvertrag haben. Durch die Einführung dieser Verträge könnte die Arzneimittelsicherheit unter Umständen gefährdet sein. Der äußere Eingriff durch die Krankenkassen verunsichert die Patienten. Auf der einen Seite bedeutet dies für die Ärzte einen nicht anerkannten Mehraufwand an Beratung. Auf der anderen Seite entsteht ein vermehrtes Gespräch mit den Patienten über ihre medikamentöse Therapie. Hierdurch kann eine Verbesserung der Medikamentensicherheit und der Compliance erreicht werden.

Background: Since April 2007 health insurance companies in Germany can negotiate individual drug discount contracts with pharmaceutical companies. Independent from the actually prescribed drug the pharmacist is then obliged to dispense a product from this very company. Only by ticking the box "aut idem" the prescriber can insist on a drug preparation of a specific company. The aim of this study is to examine how these discount contracts are implemented in practice and what problems occur for GPs and patients.

Methods: A standardized questionnaire was created and GPs in Germany were asked about their experiences with these contracts.

Results: 95 doctors participated. Most GPs have significant problems with the switched drugs due to the discount contracts. A high percentage of the respondents noticed a significant impairment of patients' compliance (87.4 %) and the doctor-patient relationship (70.6 %). They reported an increased need for counselling due to changes by substitution (73.4 %) and medication errors (90.5 %). Insecure and angry patients complicate medical therapy in addition.

Conclusion: The choice of medication in primary care should not focus on economic aspects alone. For GPs, it is not clear, which health insurance companies have a discount contract with which provider and for which active pharmaceutical ingredient. The introduction of these contracts could jeopardize drug safety. The external intervention by health insurances confused patients. It necessitates an additional need for patient counselling for GPs that is not remunerated.

Keywords: drug discount contracts, drug switching, drug safety, health services research, compliance

Schlüsselwörter: Rabattverträge, Arzneimittelumstellung, Arzneimittelsicherheit, Versorgungsforschung, Compliance

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universität Ulm

Peer reviewed article eingereicht: 08.03.2010, akzeptiert: 23.04.2010

DOI 10.3238/zfa.2010.0305

Einleitung

In Deutschland können seit dem 1. April 2007 individuelle Arzneimittel-Rabattverträge zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und einzelnen pharmazeutischen Unternehmen für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel vereinbart werden (SGB V § 130a Abs. 8) (Sozialgesetzbuch). Möglich wurden diese direkten Belieferungsverträge durch das im Januar 2003 in Kraft getretene Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG), das im Mai 2006 in Kraft getretene Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz.

Der Apotheker ist nun nach SGB V § 129 verpflichtet, ein wirkstoffgleiches Arzneimittel zu wählen, mit dem die jeweilige Krankenkasse einen Rabattvertrag vereinbart hat. Möchte der behandelnde Arzt eine Substitution nicht zulassen, setzt er auf dem Rezept bei „aut idem“ ein Kreuz [1]. Ziel dieser Rabattverträge ist es, eine Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge und der Lohnnebenkosten zu erreichen.

Rabattverträge haben für Versicherte einen Vorteil in der möglichen Befreiung von der Zuzahlung. Nachteile bzw. Schwierigkeiten können sich ergeben, wenn der Versicherte des Öfteren das Präparat mit dem gleichen Wirkstoff wechseln muss, je nach Lage der aktuellen Rabattverträge der Krankenkassen. Trotz genau festgelegter Substitutionsvorschriften (SGB V § 129) für den Apotheker:

- identischer Wirkstoff
 - gleiche Wirkstärke
 - identische Packungsgröße
 - gleicher Indikationsbereich
 - und gleiche oder austauschbare Darreichungsform
- birgt die Substitution Risiken:
- die Zusammensetzung wichtiger Hilfsstoffe sind unterschiedlich (z. B. Alkohol, Sulfite oder Allergene) [2] und viele mehr,
 - die Teilbarkeit der Arzneimittel ist bei den ausgetauschten Präparaten nicht immer in der gleichen Weise durchführbar,
 - wiederkehrende Änderungen der Arzneimittel in Verpackung, Namen, Form und Farbe.

Dies kann seitens des Patienten zu Irritationen und zu einer fehlerhaften Medi-

kamenteneinnahme, sogar bis hin zur Nichteinnahme des Arzneimittels führen [3]. In einschlägigen Zeitungen (z. B. Medical Tribune) oder Internet-Foren (www.jeder-fehler-zaehlt.de) wird immer wieder über Medikationsfehler, welche durch die Aut-idem-Regelung hervorgerufen wurden, berichtet. Daraus resultierende zusätzliche Untersuchungen würden das Gesundheitsbudget extra belasten.

Den Ärzten stehen möglicherweise verunsicherte und irritierte Patienten gegenüber. Es könnte die Gefahr eines schlechteren Arzt-Patient-Verhältnisses und eine verminderte Compliance entstehen. Des Weiteren könnte ein erhöhter Beratungs- und Informationsbedarf aller Akteure im Gesundheitswesen (Patienten, Ärzte und Apotheker) die Folge sein.

Im Hinblick auf die Ressourcen im Gesundheitswesen und um eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen, soll eine Datengrundlage zur Identifizierung der Folgen der Rabattverträge aufgebaut werden. Bisher ist es völlig unklar, welche Auswirkungen die Verträge auf Ärzte und Patienten haben. Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, wie die Rabattverträge in der Allgemeinarzt-Praxis umgesetzt werden und welche positiven und negativen Auswirkungen für Ärzte und Patienten auftreten.

Methodik

Um einen Überblick über Rabattverträge und die aktuelle Situation zu erhalten, erfolgte eine zeitlich begrenzte Literaturrecherche (2000–2008) in den Datenbanken MEDLINE und COCHRANE mit den Schlagwörtern „drug discount contracts“ (die Suche anhand der Schlagwörter erbrachte 5 Treffer in MEDLINE/0 Treffer in COCHRANE) „compliance and medication“ (7600/31 Treffer), „tablet splitting“ (67/7 Treffer), „drug switching“ (3798/10 Treffer) oder „generic substitution“ (303/22 Treffer) und „aut idem“ (2/0 Treffer)“. Zusätzlich wurde per Handsuche auf Artikel von Fachzeitschriften, z. B. „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“, „Deutsches Ärzteblatt“ oder in der „Pharmazeutischen Zeitung“, zurückgegriffen.

Anhand dieser Literaturübersicht wurde der Fragebogen zu folgenden Kategorien entwickelt: Die Bewertung der

Rabattverträge im Hinblick auf die Medikamentenverordnung des Arztes und die Auswirkungen auf den Patienten. Der Einfluss der Rabattverträge in Bezug auf den Beratungs- und Untersuchungsbedarf sowie das Auftreten etwaiger Medikationsfehler seitens der Patienten.

Zusätzlich wurde der Fragebogen zusammen mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern evaluiert und in einem Pretest auf seine Praxistauglichkeit erprobt. Missverständliche Items wurden korrigiert. Das Untersuchungsinstrument enthält allgemeine soziographische und strukturelle Angaben. Um die unterschiedlichen Auswirkungen der Rabattverträge in der Praxis beurteilen zu können, sollten die teilnehmenden Ärzte einzelne Kriterien anhand einer vierstufigen Likert-Skala [4] „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ bewerten.

Vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Ulm wurden alle Lehrpraxen mit insgesamt 154 Ärzten mit der Bitte zur Teilnahme an der Studie angeschrieben. Des Weiteren wurden Ärzte der Fachrichtung Allgemeinmedizin über den Listserver Allgemeinmedizin (der Listserver Allgemeinmedizin ist ein deutschlandweites E-Mail-Diskussionsforum zu Fragen aus der Praxis der Allgemeinmedizin – ALLGMED-L) gebeten, an dieser Untersuchung mitzuwirken. Nach Zusage zur Teilnahme an der Studie wurden jedem beteiligten Arzt der Fragebogen und ein frankierter Rückumschlag zugesendet. Der frankierte Rückumschlag gewährleistete eine anonymisierte Rücksendung an das Institut.

Datenverarbeitung und Statistik

Die Datenerfassung erfolgte an der Universität Ulm, Institut für Allgemeinmedizin. Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistik-Programm SAS Analyst durchgeführt.

Alle Variablen werden zuerst deskriptiv ausgewertet. Angegeben werden für diskrete Variablen die Fallzahl und die prozentuale Häufigkeit, dargestellt in graphischer Form. Die kontinuierliche Variable „Alter“ wird anhand Mittelwert, Standardabweichung,

		n	Minimum	Median	Maximum	Mittelwert	SD
Alter (Jahre)	Weiblich	18	34	49	60	47,7	8,2
	Männlich	77	34	53	68	52	7,6
	Gesamt	95	34	52	68	51,2	7,8
Berufsjahre		< 2 Jahre 4,2 %	2-5 Jahre 11,6 %	5-20 Jahre 45,3 %	> 20 Jahre 39 %		
Praxisumfeld		ländlich 32,6 %		Stadttrand/ kleinstädtisch 46,3 %		eher (groß-) städtisch 21,1 %	
Praxisform		Einzelpraxis 45,7 %		hausärztl. Gemeinschaftspraxis 52,1 %		Gruppenpraxis 2,1 %	

Tabelle 1 Alter der Ärzte (Jahre), Berufsjahre, Praxisumfeld und Praxisform – Gesamtkollektiv (n = 95).

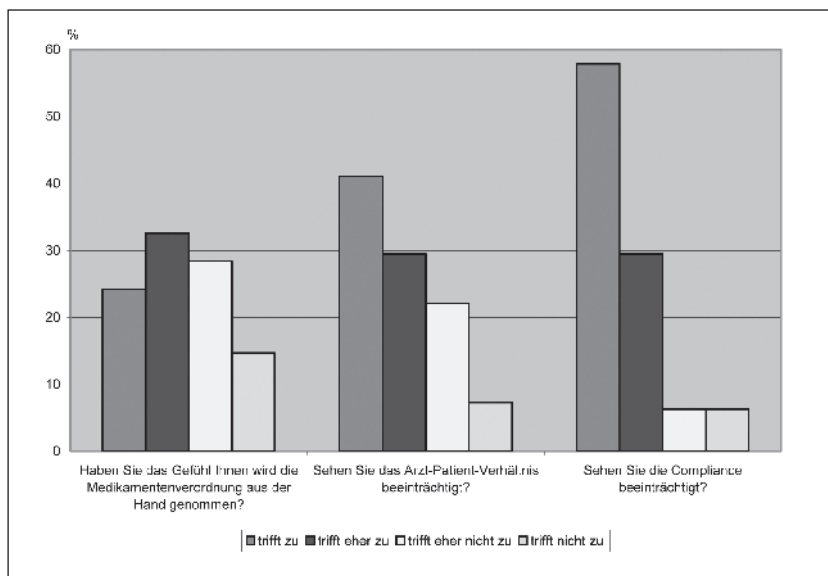


Abbildung 1 Bewertung der Rabattverträge im Hinblick auf die Medikamentenverordnung des Arztes, das Arzt-Patient-Verhältnis und die Compliance (n=95).

Median, Minimum und Maximum ausgewertet und in tabellarischer Form dargestellt.

Der Cochran-Mantel-Haenszel-Test wurde eingesetzt um zu prüfen, ob es zwischen Allgemeinärzten in Ulm und Allgemeinärzten in Deutschland (ALLG-MED-L) Unterschiede im Antwortverhalten gibt. Weiterhin wurde geprüft, /ob es unterschiedliche Antwortwerte zwischen den Regionen (ländlich, Stadttrand/kleinstädtisch und eher (groß-)städtisch) gibt.

Ergebnisse

Gesamtkollektiv

Im Zeitraum Juli bis Oktober 2008 nahmen von den 154 angeschriebenen 78 Ärzte aus Ulm und 17 Allgemeinmediziner über den Listserver an der Studie teil. Bei der statistischen Analyse auf Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den beiden Ärzteguppen und den Regionen gab es keine signifikanten Unterschiede, sodass in die Auswertung insge-

samt 95 Fragebögen eingehen und in der Summation interpretiert werden.

Demographische und strukturelle Daten

Die soziodemographischen Daten zeigt Tabelle 1 auf. Das Durchschnittsalter der an der Studie beteiligten Allgemeinmediziner (Mittelwert = 51,2 Jahre) entspricht ungefähr der Altersstruktur der Vertragsärzte der Hausärzte in der KV Baden-Württemberg (Mittelwert = 52,4 Jahre) [5].

Darstellung der Einzelitems

Im nachstehenden Teil erfolgt eine deskriptive Auswertung der Variablen. Der Frauenanteil am Gesamtkollektiv ist mit 23,7 % sehr gering, sodass in der weiteren Analyse nicht nach Geschlecht stratifiziert wird.

Bewertung der Medikamentenverordnung, der Compliance und des Arzt-Patient-Verhältnisses

Bei der Frage, ob die Ärzte das Gefühl haben, dass ihnen durch die Rabattverträge die Medikamentenverordnung aus der Hand genommen wird, ist eine knappe Mehrzahl der Mediziner der Meinung, dass dies zutrifft (24,2 %) bzw. eher zutrifft (32,6 %). 28,4 % der Ärzte geben an, dass dies eher nicht zutrifft bzw. überhaupt nicht zutrifft 14,7 %.

Eine Beeinträchtigung des Arzt-Patient-Verhältnisses sieht die Mehrzahl (41,1 % bzw. 29,5 %) der Ärzte aufgrund der Rabattverträge als gegeben an. Deutlicher trifft dies bei der Einschätzung der Beeinträchtigung auf die Compliance zu. Über die Hälfte der Ärzte (57,9 %) geben an, dass dies voll zutrifft und 29,5 % sehen, dass dies eher zutrifft. Lediglich 12,6 % geben an, dass es wenig bis keine Auswirkung auf die Compliance hat (s. Abbildung 1).

Aut idem

Um genau zu analysieren, ob überhaupt und aus welchen konkreten Gründen aut idem angekreuzt wird, wurde die Medikamentenverordnung noch detaillierter untersucht.

45,3 % der Ärzte geben bei der Frage: „Kreuzen Sie aut idem an?“ an, dass dies eher nicht zutrifft. Bei 24,2 % der Befrag-

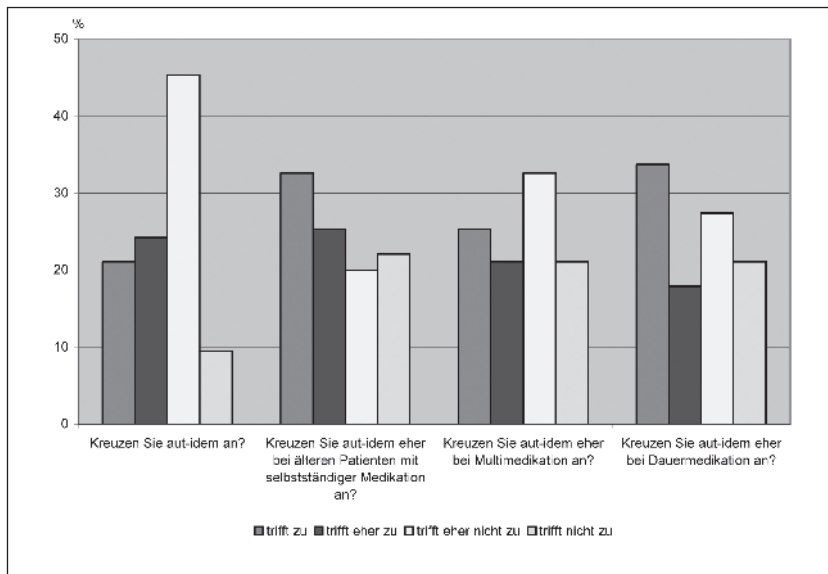


Abbildung 2 Einfluss der Rabattverträge auf die Medikamentenverordnung im Allgemeinen, bei selbstständiger Medikamenteneinnahme älterer Patienten und bei Multi- und Dauermedikation (n=95).

	nie	bis zu 5-mal	5- bis 10-mal	mehr als 10-mal
Wie oft haben Patienten in der letzten Woche nach ihrem „alten“ – ihnen bekanntem Präparat – gefragt?	8,5 %	40,4 %	26,6 %	24,5 %

Tabelle 2 Zusätzliche Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten bei Medikationsumstellung aufgrund der Rabattverträge (n = 95).

ten trifft dies eher zu und bei 22,1 % trifft es zu. Die Mehrzahl der Allgemeinmediziner (32,6 % bzw. 25,3 %) schließt bei älteren Patienten, welche ihre Medikamente selbstständig herrichten und einnehmen eine Substitution aus. Bei Multimedikation ist ein uneinheitliches Vorgehen erkennbar. 32,6 % Mediziner geben an, bei Multimedikation eher nicht das Aut-idem-Kreuz zu setzen. Alle anderen Antwortmöglichkeiten werden ungefähr im gleichen prozentualen Anteil angeführt. Dies trifft ebenfalls bei Dauermedikation zu. Hier geben zwar 33,7 % der Ärzte an, die Substitution nicht zu ermöglichen, 27,4 % geben jedoch an, dass Sie bei Dauermedikation eher nicht aut idem angeben (s. Abbildung 2).

Einfluss auf Patienten, Beratungs- und Untersuchungsbedarf

74,7 % der Ärzte geben an, dass die Patienten ihrer Meinung nach durch die

Rabattverträge verunsichert sind. Ein geringer Anteil 5,3 % sieht dies als eher nicht bzw. nicht zutreffend an. Weiterhin geben 59 % an, dass Patienten auf ihr gewohntes Medikament bestehen. Nur 11,6 % der Patienten bestehen wenig oder nicht auf ihr gewohntes Medikament. Bei der Frage, wie häufig pro Woche Patienten ihr altes Arzneimittel fordern, wird ersichtlich, dass dies sehr häufig vorkommt. 40,4 % der Ärzte geben an, dass dies bis zu 5-mal pro Woche vorkommt. Über 50 % der Mediziner gibt sogar mehr als 5-mal pro Woche an (s. Tabelle 2).

Uneinheitlich bewerten Ärzte den Präparateaustausch in Bezug auf einen erhöhten Untersuchungsbedarf. 31,9 % geben an, dass dies eher und 39,4 % dass dies eher nicht zutrifft. 14,9 % sehen einen erhöhten vs. 13,8 % sehen keinen erhöhten Untersuchungsbedarf. Durch den Austausch der Medikamente geben 68,4 % der Ärzte an, dass Sie einen erhöhten Beratungs-

bedarf haben. Lediglich 9,5 % sehen dies eher als nicht bzw. nicht zutreffend an. Bei der Frage, ob es bedingt durch die Rabattverträge zu Medikationsfehlern kommt, gibt die Mehrheit der Ärzte an, dass dies zutrifft (48,9 %) bzw. eher zutrifft (24,5 %). Nur wenige erklären, dass dies eher nicht (22,3 %) bzw. nicht zutrifft (4,3 %) (s. Abbildung 3).

Entlassmedikation aus dem Krankenhaus

Eine potenzielle Konfliktsituation entsteht bei Medikamenten, die bei der Entlassmedikation empfohlen und durch die vorgeschriebenen Rabattverträge umgesetzt werden müssen. Aber auch, wenn niedergelassene Ärzte die Entlassmedikation z. B. aus Kostengründen nicht genau übernehmen können. Hieraus resultiert die erste Änderung für den Patienten. Die Rabattregelung kann zu einer nochmaligen Modifizierung führen.

Die Entlassmedikation aus dem Krankenhaus übernehmen 48,9 % der Ärzte nicht bzw. 36,2 % eher nicht genau. Lediglich 14,9 % der Ärzte geben an, dass sie die Medikation genau übernehmen (3,2 %). Auf die Frage, ob die Ärzte die Entlassmedikation aufgrund von Erfahrungswerten/Therapieerfahrung ändern, geben 35,8 % an, dass dies zutrifft und 37,9 % dass dies eher zutrifft. Bei 19 % trifft dies eher nicht und bei 7,4 % nicht zu.

Die meisten Ärzte (88,5 %) geben an, dass sie bei Entlassmedikation aus dem Krankenhaus das Präparat aufgrund von Kosten wechseln („trifft zu“ 61,1 % „trifft eher zu“ 27,4 %). Lediglich ein geringer Anteil der Ärzte gibt an, dass dies eher nicht bzw. nicht zutrifft (6,3 % vs. 5,3 %) (s. Abbildung 4).

Medikamentenverordnung und Regress

Eine uneinheitliche Vorgehensweise zeigt sich bei der Ausstellung eines Rezeptes. 38 % der Ärzte geben auf dem Rezept eher nicht den Handelsnamen eines Arzneimittels an, gegenüber 26,3 %, welche den Handelsnamen auf dem Rezept notieren. Eine beinahe Gleichverteilung im Antwortverhalten wird bei der Frage, ob auf dem Rezept eher der Wirkstoff angegeben wird, ersichtlich. 27,4 % der Ärzte geben an, dass dies zutrifft, bei 26,3 % trifft dies nicht zu.

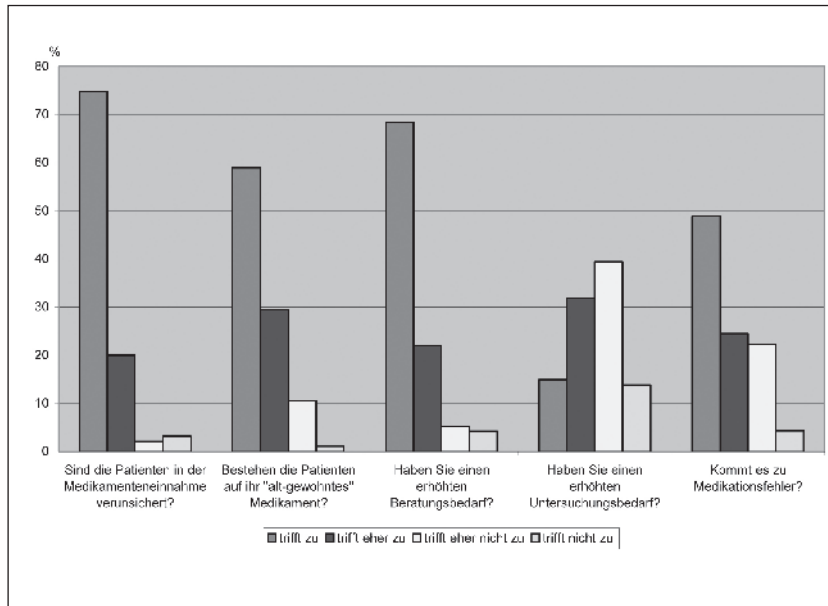


Abbildung 3 Einfluss der Rabattverträge im Hinblick auf die Verunsicherung, auf die Wünsche, auf den Beratungs- und Untersuchungsbedarf seitens der Patienten und auf Medikationsfehler (n=95).

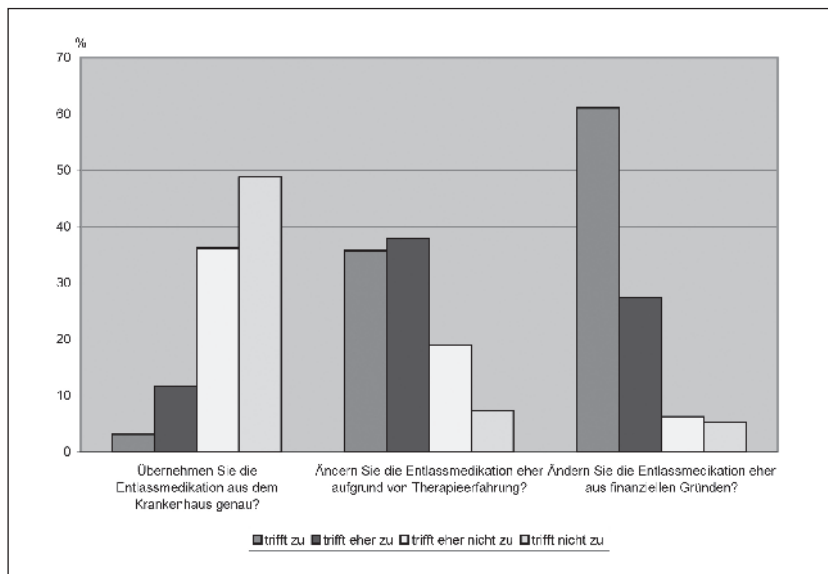


Abbildung 4 Einfluss der Rabattverträge im Hinblick auf die Entlassmedikation aus dem Krankenhaus (n=95).

Bei der Frage, ob die Ärzte eine genaue Vorstellung haben, inwieweit sich das Rabattgesetz bzgl. eines Regresses auf sie auswirkt, geben 36,8 % der Ärzte an, dies eher nicht bzw. 16,8 % nicht zu wissen. 16,8 % der Ärzte haben Kenntnis bzw. 29,8 % etwas Kenntnis darüber. Inwieweit durch den Austausch der Medikamente aufgrund der Rabattverträge für die Ärzte die Haftung bedrohlich ist, geben 22,1 % und 28,4 % an, dass dies

zutrifft bzw. eher zutrifft. 31,6 % sehen eher keine bzw. 17,9 % keine Bedrohung (s. Abbildung 5).

Diskussion

Die Arzneimittelverordnung zählt vor allem in der Primärversorgung zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten [6, 7]. Allgemeinärzte einschließlich prakti-

sche Ärzte verordneten im Jahre 2006 die meisten Arzneimittelpackungen [8]. Betrachtet man dabei den monetären Aspekt, haben Allgemeinmediziner den geringsten Umsatz [8]. Dies bedeutet, dass diese Ärzteguppe viel, jedoch kostengünstiger verschreiben als ihre Kollegen. Durch die hohe Anzahl an Verschreibungen sind Allgemeinmediziner von der Rabattregelung besonders betroffen, obwohl sie bereits preiswert verschreiben.

Durch die Aut-idem-Regelung kann der Arzt sicherstellen, dass der Patient weiterhin sein gewohntes Medikament erhält. Nach Umfragen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gibt die Mehrzahl der Ärzte an, nie oder nur in Einzelfällen aut idem anzugeben [9]. Dies mag daran liegen, dass die Ärzte für unwirtschaftliches Verordnen, seitens der Krankenkassen, in Regress genommen werden können [10, 11]. Bei der Verordnung eines Medikaments ist somit nicht mehr der Preis oder die individuelle Patientenkonstellation, sondern das Vorhandensein eines kassenspezifischen Rabattvertrages ausschlaggebend. Dass die befragten Ärzte das Gefühl haben, dass ihnen die Medikamentenverordnung aus der Hand genommen wird, mag hier nachvollziehbar sein.

Die ärztliche Behandlung stellt für Patienten oft eine existenzielle Situation dar, da subjektiv ihr Leben und ihr Wohlbefinden betroffen sind [12]. Gerade das Vertrauen auf den Arzt, die Kommunikation und die Berücksichtigung individueller Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel für zufriedene Patienten und den Therapieerfolg [13]. Die Compliance der Patienten und ihre Akzeptanz von Medikamenten sind auch abhängig von der gewohnten Größe, Form und Farbe der Tabletten [14]. Gerade die Kooperation und die Eigenbeteiligung des Patienten sowie die Befolgung der Therapieanweisung sind für eine erfolgreiche Behandlung unabdingbar und häufig Ursache mangelnden Therapieerfolgs [15]. Eine schlechtere Compliance wiederum führt zu höheren Folgekosten [16] und würde die allgemeinen Gesundheitskosten zusätzlich belasten. Die Mehrheit der Studienteilnehmer sieht das Arzt-Patient-Verhältnis und die Compliance durch die Rabattverträge erheblich beeinträchtigt. Hier gerät die Beziehungsarbeit des Hausarztes in den Schatten der „Wirtschaftlichkeit“.

Dr. biol. hum. Dagmar Gröber-Grätz MPH ...

... Gesundheitswissenschaftlerin und Dipl. Sportlehrerin (Fachrichtung Rehabilitation und Prävention).

Seit 2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Ulm, Institut für Allgemeinmedizin, Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg.

Das Alter des Patienten hat einen wesentlichen Einfluss auf Morbidität und Medikamentenverbrauch [8]. Die Pharmakotherapie bei älteren Patienten unterscheidet sich gegenüber Jüngeren. Ältere Patienten weisen deutliche physiologische Veränderungen (z. B. Abnahme der Körperflüssigkeit, eingeschränkte Nierenfunktion), funktionelle Einbußen (z. B. Sturzgefahr, nachlassende Fingerfertigkeit) oder eine Abnahme der kognitiven Fähigkeiten (z. B. Compliance-Probleme bei demenziellen Entwicklungen) auf [17, 18]. Im höheren Alter werden häufig mehrere Medikamente eingenommen, was wiederum die Gefahr schwer überschaubarer unerwünschter Arzneimittelwirkungen birgt [19, 20]. Dies muss bei der Medikamentenverordnung älterer Patienten Berücksichtigung finden. Je nach Rabattlage der zuständigen Krankenkasse können Patienten den identischen Wirkstoff mit wechselnden Verpackungen erhalten. Dies bedeutet, dass nicht nur die Verpackung, sondern auch Form, Farbe, Größe und die Teilbarkeit

des Arzneimittels sich ändern kann. Zieht man in Betracht, dass gerade ältere Menschen ihre Medikamente nach Form und Farbe identifizieren, ist es nicht verwunderlich, dass die befragten Ärzte vermehrt bei älteren Patienten, die ihre Medikamente selbstständig einnehmen sowie bei Dauermedikation, auf idem ankreuzen.

Zieht man in Betracht, dass nicht nur die Verpackung, die äußere Form und der Name des Medikaments sich ändern kann, sondern ebenfalls die Gefahr besteht, dass man ein Medikament erhält, welches nicht zur Teilung geeignet ist [21]. Das Teilen von Tabletten ist gängige Praxis und senkt die Arzneimittelkosten erheblich [22]. Viele Studienteilnehmer geben an, dass es durch die Umstellung der Arzneimittel aufgrund der Rabattverträge zu Irritationen seitens der Patienten kommt. Auch sind viele Patienten in der Einnahme verunsichert und bestehen auf ihr gewohntes Medikament. Des Weiteren können sich vergleichbare Präparate in der Zusammensetzung wichtiger Hilfsstoffe (z. B. Alko-

hol, Allergene, Lactose) unterscheiden. Dies kann zu unbeabsichtigten Nebenwirkungen und Reaktionen führen (23). Daraus resultierend ist es nicht verwunderlich, dass die befragten Ärzte, aufgrund der Rabattverträge, einen erhöhten Beratungsbedarf haben und es in der täglichen Handhabung zu Verwechslungen von Medikamenten kommt.

Die Preisgestaltung der Arzneimittelversorgung im stationären Bereich unterliegt völlig anderen Voraussetzungen als im ambulanten Sektor. In Kliniken gilt für Medikamente die freie Preisgestaltung. Diese wird von den Krankenkassen individuell kaum auf ihre Wirtschaftlichkeit überprüft [24]. Niedergelassene Ärzte dagegen müssen genau abwägen, ob Sie die Medikationsverordnung aus dem stationären Bereich überhaupt weiterführen können, da sie von den Krankenkassen auf ihre Wirtschaftlichkeit geprüft und bei Überschreiten ihres Arzneimittelbudgets in Regress genommen werden. Aufgrund von Änderungen der Entlassmedikation durch Hausärzte kommt es zu einer signifikanten Kosteneinsparung im Arzneimittelsektor [25, 26]. Diese Situation spiegelt sich auch bei den befragten Hausärzten wider. Die Änderung der Pharmakotherapie aus dem Krankenhaus erfolgt bei den befragten Allgemeinmedizinerinnen zu ca. 90 % aus Kostengründen, gefolgt von Gründen aus der Therapieerfahrung.

Sehr oft sind Arzneimitteltherapien über längere Zeit auf den Patienten fein adjustierte Behandlungen [27]. Bei bestimmten Medikamenten kann durch Substitution eine Verschlechterung des Therapieerfolgs riskiert werden (z. B. Anfallserkrankungen) [28]. Dies trifft auch bei bestimmten Diagnosen zu, bei denen die Compliance besonders gefährdet ist (psychische Erkrankungen). In der heutigen Zivilgesellschaft wird gefordert, Patienten in die Therapieentscheidungen mit einzubeziehen [29] (Partizipation statt Paternalismus). Die Auswahl des Medikaments bzw. die Einnahme des gewohnten Medikaments ist ein Teil der Therapieentscheidung. Diese Mitwirkung ist durch die Rabattverträge ausgeschlossen.

Limitation

Grundlegende Limitierung dieser Studie ist die Beschränkung zum Selbstbe-

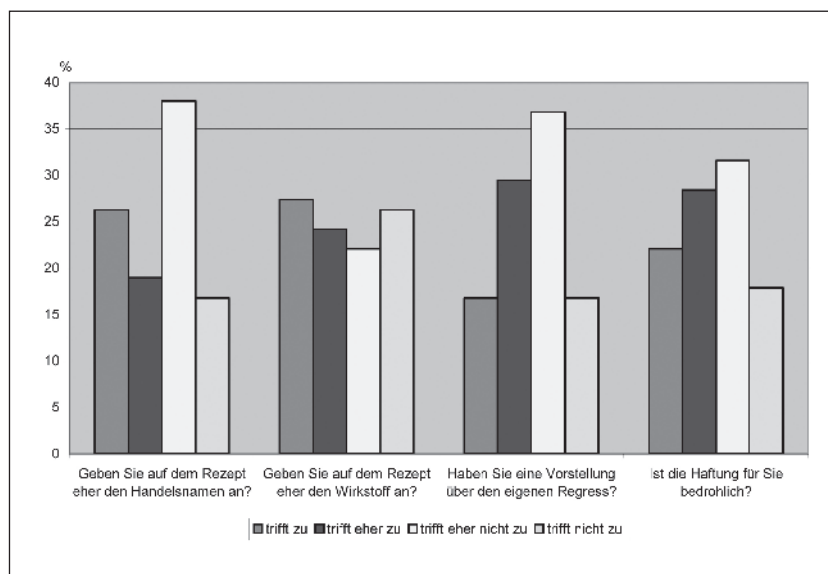


Abbildung 5 Einfluss der Rabattverträge im Hinblick auf die Ausstellung eines Rezeptes, den Regress und die Haftung des Arztes (n=95).

richt der Ärzte. Es werden die persönliche Meinung der Allgemeinmediziner und keine direkten vom Patienten erzeugten Daten erhoben. Die Auswahl der Mediziner kann nicht als repräsentativ angesehen werden. Trotz der Bemühungen, unterschiedliche interessierte Hausärzte anzusprechen, haben wahrscheinlich eher die engagierten Ärzte an der Befragung teilgenommen. Ziel dieser Studie war es, einen Eindruck über die Auswirkungen der Rabattverträge zu erlangen, um daraus weiteren Handlungsbedarf ersehen zu können.

Fazit

Die Rabattverträge greifen in erheblichem Maß in die medikamentöse Therapie ein. Ärzte berichten über Medikationsfehler seitens der Patienten aufgrund der Rabattverträge, somit scheint die Therapiesicherheit gefährdet zu sein. Es sind weitere Untersuchungen z. B. Auswertung von Sekundär-Daten etc. erforderlich, um die Auswirkungen der Verträge genauer zu untersuchen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Dr. biol. hum. Dagmar Gröber-Grätz, MPH
Institut für Allgemeinmedizin
Universität Ulm
Helmholtzstr. 20
89069 Ulm
Tel.: 07 31/ 500 311 05
E-Mail: dagmar.groeber-graetz@uni-ulm.de

Literatur

1. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V). www.buzer.de/gesetz/2497/index.htm
2. Pruszydlo MG, Quinzler R, Kaltschmidt J, Haefeli WE. Medizinische Probleme und Risiken bei der rabattgerechten Umstellung der Medikation in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 1423–8
3. Leutgeb R, Mahler C, Laux G, We-schnetz A, Szecsenyi J. Krankenkassen-Rabattverträge: Probleme und Risiken für den Hausarzt bei der Betreuung chronisch kranker Patienten. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134: 181–6
4. Jamieson S. Likert scales: how to (ab)use them. *Med Educ* 2004; 38: 1217–8
5. Altersstruktur der Vertragsärzte/-psychotherapeuten (KVBW). http://www.kvbawue.de/daten-und-fakten/diagramme/diagramm.html?id_detail=4&modus=2 (22.10.2009)
6. Anders J, von Renteln-Kruse W, Dapp U, Gillmann G, Stuck A. Arzneimittelgebrauch und gesundheitliche Selbsteinschätzung selbstständig lebender älterer Hamburger. *Z Gerontol Geriat* 2005; 38: 173–181
7. Rottlaender D, Scherner M, Schneider T, Erdmann E. Multimedikation, Compliance und Zusatzmedikation bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132: 139–44
8. Coca V, Nink K. Arzt- und Patienten-gruppen. In: Schwabe U, Pfaffroth D (Hrsg) *Arzneiverordnungs-Report* 2009. Heidelberg: Springer, 2009
9. Neye H. Rabatt- und Risk-Share-Verträge in der Auswirkung auf das Verordnungsverhalten der Ärzte. 2008: http://www.kvno.de/importiert/focus/neye_20080528_focus.pdf
10. Häussler B, Höer A, Hempel E, Storz P. *Arzneimittel-Atlas* 2008. München: Urban und Vogel, 2008
11. Rabattmedikamente: Krankenkasse droht Ärzten mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen. www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=34777
12. Deutsch E, Spickhoff A. *Medizinrecht*. Heidelberg: Springer, 2008
13. Dehn-Hindenburg A. Qualität aus Patientensicht: Kommunikation, Vertrauen und die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel zum Therapieerfolg. *Gesundh ökon Qual manag* 2008; 13: 298–303
14. Overgaard AB, Hojsted J, Hansen R, Moller-Sonnergaard J, Christrup LL. Patients' evaluation of shape, size and colour of solid dosage forms. *Pharm World Sci* 2001; 23: 185–8
15. Dusing R. Therapietreue bei medikamentöser Behandlung. *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131: H28–30
16. Schöffski O. Non-Compliance – Ein kostenauslösender Faktor? *Akt Rheumatol* 1999; 24: 135–139
17. Borchelt M. Wichtige Aspekte der Pharmakotherapie beim geriatrischen Patienten. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 2005; 48: 593–598
18. Brekke M, Rognstad S, Straand J et al. Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice: How common? Baseline data from The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 80–5
19. Grandt D, Braun C, Häuser W. Häufigkeit, Relevanz, Ursachen und Strategien zur Vermeidung vom Medikationsfehlern. *Z Gerontol Geriat* 2005; 38: 196–202
20. Vass M, Hendriksen C. Medication for older people-Aspects of rational therapy from general practitioner's point of view. *Z Gerontol Geriat* 2005; 38: 190–195
21. Quinzler R, Bertsche T, Szecsenyi J, Haefeli WE. Teilung von Tabletten: Welchen Einfluss haben die Rabattverträge auf die Verordnungsqualität. *Med Klin (Munich)* 2008; 103: 569–74
22. Quinzler R, Gasse C, Schneider A, Kaufmann-Kolle P, Szecsenyi J, Haefeli WE. The frequency of inappropriate tablet splitting in primary care. *Eur J Clin Pharmacol* 2006; 62: 1065–73
23. Kodja G, Hafner D. Bedenkenloser Austausch bei problematischen Arzneistoffen und Therapien? *Parmazeutische Zeitung online* 2008; 25: [http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5982&no_cache=1&sword_list\[0\]=rabattvertr%C3%A4ge&sword_list\[1\]=nebenwirkungen](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5982&no_cache=1&sword_list[0]=rabattvertr%C3%A4ge&sword_list[1]=nebenwirkungen)
24. Häser I. Festsetzung eines Arzneimittelregress ohne Verschulden des Arztes. *psychoneuro* 2008; 34: 62–63
25. Müller-Bühl U, Engeser P, Klimm HD, Wiesemann A, Szecsenyi J. Umsetzung poststationärer klinischer Medikationsempfehlungen in der Hausarztpraxis: Analyse von Kostenaspekten. *Z Allg Med* 2007; 83: 138–142
26. Taxis K, Schneeweiss S. Frequency and predictors of drug therapy interruptions after hospital discharge under physician drug budgets in Germany. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2003; 41: 77–82
27. Korupp A. Medizinische Probleme und Risiken bei der rabattgerechten Umstellung von Inhalatoren in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 1857–1858
28. Bausch J. "Never change a running horse" Anmerkungen zur Substitutionsproblematik bei Epileptikern. *Arzneiverordnung in der Praxis* 2008; 35: 68–69
29. Wiesemann C. Selbstbestimmte Patienten? – Die Nutznießer der Medizin und ihre Rechte. *Gesundheitswesen* 2001; 63: 591–6