KONSENSUS
HEILMITTELÖKONOMIE

ONLINE NEWSLETTER
Argumentationsgruppe Heilmittel
der österr. Sozialversicherungsträger

Nr. 7, November 2003

„Die bessere Therapie zum besseren Preis“

INHALT

- 200 Mio. Einsparpotenzial jährlich durch Generika
- Multimorbidität und Polypragmasie
- Risikoreduktion oder Number needed to Treat
- Hormonersatztherapie und QS
- Nachfolgepräparat zu Dilatrend (Carvedilol)
- Messparameter der Heilmittelökonomie: Kosten pro Verordnung
- Schwerpunktthema Generika

Unseren Newsletter finden Sie auch auf der Homepage der
WGKK (http://www.wgkk.at);
NÖGKK (http://www.noekk.at);
OÖGKK (http://www.ooegkk.at);
StGKK (http://www.stgkk.at);
BGKK (http://www.bgkk.at);
SGKK (http://www.sgkk.at);
KGKK (http://www.kgkk.at);

Impressum:
Redaktion: Dr. Michaela Pogantsch,
DI Berthold Reichardt,
Graphik: StGKK
Eigentümer, Herausgeber
und Verleger: StGKK,
8010 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1

THEMEN DER AKTUELLEN VERTRAGSPARTNERINFORMATION

Einsparpotenzial durch Generika: 200 Mio. Euro jährlich

Das Einsparpotenzial, das mit der bevorzugten generischen Verordnung verbunden ist, wird je nach Interessenlage unterschiedlich berechnet. Mit einer patientenorientierten Zielsetzung – Verbesserung der medizinischen und der ökonomischen Ergebnisqualität – könnte sich die soziale Krankenversicherung jährlich 200 Mio. Euro an zusätzlichen Aufwendungen für Hochpreisprodukte ohne Zusatznutzen ersparen.

Multimorbidität und Polypragmasie

Multimorbidität kann leicht zur Polypragmasie führen. Prof. Beubler führt einige Beispiele von Kombinationstherapien an, die nutzlos oder gefährlich für die Patienten sind. Mit Hilfe der versichertenbezogenen Datenerfassung wird von den Krankenversicherungsträgern gezeigt, dass sowohl medizinisch nutzlose als auch medizinisch gefährliche Kombinationen tatsächlich rezeptiert werden. Auch für die wirtschaftliche Ergebnisqualität sind beide Kombinationsvarianten gefährlich.

Risikoreduktion oder Number Needed to Treat

Am Beispiel der Heart Protection Study (HPS) wird gezeigt, dass der Parameter Number Needed to Treat aussagekräftiger ist als die meist angeführte Relative Risikoreduktion. Denn damit wird angezeigt, wie viele Patienten behandelt werden müssen, um ein Ereignis zu verhindern. Aus HPS kann errechnet werden, dass 33 Patienten 5 Jahre lang mit 40mg Simvastatin behandelt werden müssen, um einen Herzinfarkt zu verhindern, was je nach Präparat zwischen € 49.000 (mit Generikum) und € 149.000 kostet.

AKTUELLES AUS DER HEILMITTELÖKONOMIE

Hormonersatztherapie und QS

Die Hormonersatztherapie (HRT) in den Wechseljahren war viele Jahre lang ein weit verbreitetes Therapieschema. Nach den Studienergebnissen der Women's Health Initiative (WHI) (http://www.nhlbi.nih.gov/whi/) und der Million Women Study (http://www.icnet.uk/research/studies/mws/index2.html) haben sich die Therapieempfehlungen zur Hormonersatztherapie, die nunmehr eine klare ebm-unterstützte Basis haben, drastisch verändert. Auch die Zulassungsbehörden werden konsequenterweise die Rahmenbedingungen zur Hormonersatztherapie neu festlegen. Welche Auswirkungen werden diese neuen Erkenntnisse auf die Versorgungslage haben?

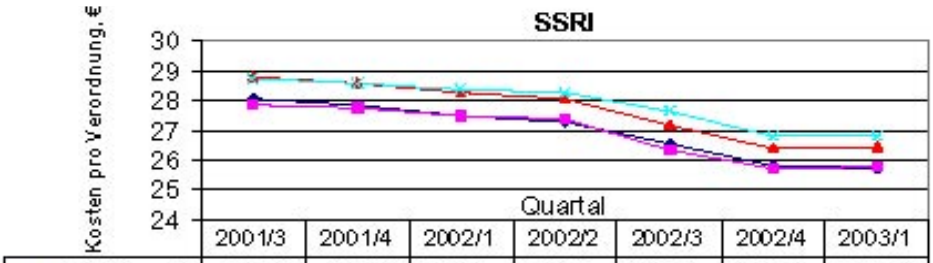
Eine Befragung von 734 Frauen unter Hormonersatztherapie hat ergeben, dass 40% nach Bekanntwerden der neuen Studienergebnisse die Therapie abgebrochen haben (http://bmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/327/7419/845). Erste regionale Analysen in Österreich zeigen, dass bis zum 2. Quartal 2003 jede 4. Frau die Hormonersatztherapie abgebrochen hat; allerdings mit einer großen Streubreite der Versorgungslage. Weitere Evaluationen der Abrechnungsdaten der KV-Träger werden Umsetzungsgrad und -geschwindigkeit der Therapieleitlinien dokumentieren.

Nachfolgepräparat zu Dilatrend (Carvedilol): Carvedilol Hexal, Carvedilol 1a Pharma

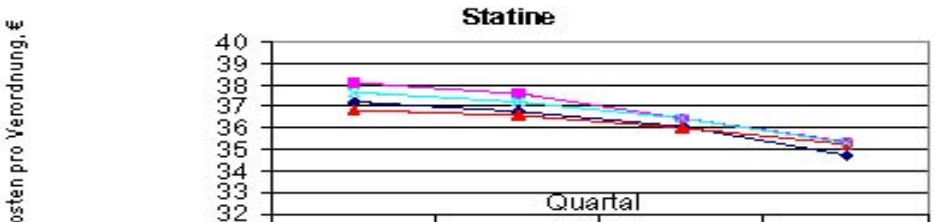
Seit Oktober ist eines der umsatzstärksten Einzelpräparate, Dilatrend, in allen Stärken kostengünstig als Nachfolgepräparat von zwei Anbietern verfügbar.

Messparameter der Heilmittelökonomie: Kosten pro Verordnung

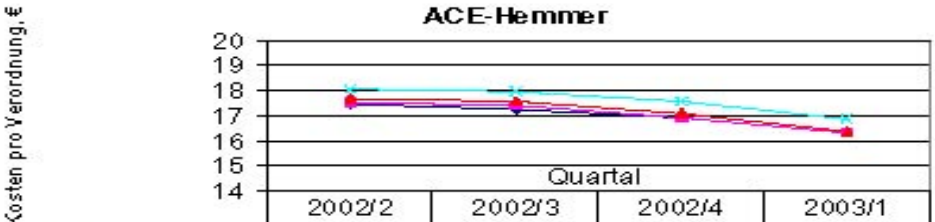
Für drei umsatzstarke Indikationsgruppen – SSRI, ACE-Hemmer und Lipidsenker – wird der heilmittelökonomische Messparameter "Kosten pro Verordnung" als Evaluationsparameter der Behandlungsökonomie transparent gemacht:



	2001/3	2001/4	2002/1	2002/2	2002/3	2002/4	2003/1
KV-Träger 1	28,07	27,85	27,48	27,29	26,54	25,80	25,72
KV-Träger 2	27,87	27,78	27,52	27,41	26,37	25,70	25,77
KV-Träger 3	28,78	28,58	28,28	28,08	27,17	26,39	26,44
KV-Träger 4	28,75	28,58	28,39	28,29	27,64	26,83	26,83



	2002/2	2002/3	2002/4	2003/1
KV-Träger 1	37,23	36,77	36,09	34,70
KV-Träger 2	38,11	37,56	36,46	35,34
KV-Träger 3	36,82	36,59	36,02	35,26
KV-Träger 4	37,67	37,19	36,46	35,32



	2002/2	2002/3	2002/4	2003/1
KV-Träger 1	17,49	17,27	16,89	16,32
KV-Träger 2	17,52	17,4	16,93	16,32
KV-Träger 3	17,67	17,58	17,11	16,37
KV-Träger 4	18,1	17,99	17,56	16,88

LITERATURHINWEISE

Guidance on the use of glitazones for the treatment of type 2 diabetes
National Institute for Clinical Excellence NICE
http://www.nice.org.uk/pdf/TA63_Glitazones_Review_Guidance.pdf (Zugriff am 9.9.2003)

Glitazone sollen nur bei Typ 2 Diabetikern als Zusatztherapie zu Metformin oder Sulfonylharnstoff eingesetzt werden, wenn eine der beiden Substanzen nicht vertragen wird oder kontraindiziert ist. Weder die Monotherapie mit einem Glitazon noch die Kombinationstherapie mit Insulin wird empfohlen.

Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Type 2 Diabetic Nephropathy: A Meta-Analysis
Pharmacotherapy 23(7):909-915, 2003
http://www.medscape.com/viewarticle/458869 (Zugriff am 9.9.2003)

ACE-Hemmer reduzieren die Albuminurie bei Diabetikern. sie sind daher Mittel der Wahl, um die Progression der Nephropathie bei Typ 2 Diabetikern zu reduzieren.

Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme
THE LANCET o Published online September 1, 2003
http://image.thelancet.com/extras/03art7416web.pdf (Zugriff am 1.10.2003)

Über 7.000 Patienten wurden in drei unterschiedlichen Patientenkollektiven mit Candesartan oder Placebo behandelt. Die Gesamtmortalität wurde mit Candesartan nicht signifikant gesenkt. Die bisherige Therapieempfehlung, AT-II Antagonisten nur bei ACE-Hemmer-Unverträglichkeit einzusetzen, wird durch diese Riesenstudie unterstrichen.

SCHWERPUNKTTHEMA: GENERIKA

Alle Beteiligten im Gesundheitssystem stehen unter enormem wirtschaftlichen Druck. Trotzdem gelingt es nicht, unseren Status als Entwicklungsland in Sachen Generikaverordnungen zu korrigieren.

Rationale Inhalte

Die Wettbewerbssituation auf dem österreichischen Arzneimittelmarkt hat sich in den letzten 3 Jahren drastisch verändert.

Von den 20 umsatzstärksten Präparaten des Jahres 1999 sind nunmehr die Substanzen von 10 Präparaten als Nachfolgepräparate mit großem Preisvorteil verfügbar:

Substanz	Preisvorteil der Generika gegenüber Kassenpreis von 1999
Amlodipin 5 mg	35 %
Ciclosporin 50 mg	27 %
Citalopram 20 mg	45 %
Enalapril 10 mg	54 %
Enalapril 20 mg + HCT 12,5 mg	39 %
Paroxetin 20 mg	45 %
Omeprazol 20 mg	33 %
Ranitidin 300 mg	51 %
Simvastatin 20 mg	47 %

Bei einem Kassenaufwand von knapp unter 170 Mio. € für die angeführten Substanzen im Jahr 1999 und einem Preisvorteil von über 43% könnten bei vollständiger generischer Substitution für das gleiche Geld um 74% mehr Patienten versorgt werden oder 71 Mio. € stünden jährlich für Innovationen im Gesundheitsbereich zur Verfügung. Zusätzlich sind die angeführten Substanzen die Marktleader und meist bestdokumentierten in ihrer Indikationsgruppe. Sie könnten daher bei gleichbleibender bzw. sogar steigender Therapiequalität hochpreisige Mitbewerber in der Substanzklasse zusätzlich substituieren. Der tatsächliche potenzielle volkswirtschaftliche Nutzen der Generika ist somit noch weit höher als mit den angeführten Zahlen dargestellt.

Irrationale Inhalte

4 von 10 Patienten, die derzeit mit einem ACE-Hemmer therapiert werden, wurden innerhalb der letzten 12 Monate neu auf diese Substanzklasse eingestellt; von den aktuell mit SSRI behandelten wurden 9 von 10 in den vergangenen 12 Monaten neu eingestellt.

Warum gelingt es nicht einmal bei Neueinstellungen, die öko-

LITERATURHINWEISE (Fortsetzung)

Erythropoietin to treat head and neck cancer patients with anaemia undergoing radiotherapy: randomised, double-blind, placebo-controlled trial
THE LANCET · Vol 362 · October 18, 2003, 1255-60

351 Patienten mit HNO-Carcinomen erhielten zusätzlich zur Strahlentherapie Erythropoietin. Primärer Studienendpunkt war das lokoregional progressionsfreie Überleben. Erythropoietin reduziert signifikant die Überlebensrate. Die Therapie mit Erythropoietin außerhalb der zugelassenen Indikationen sollte sich daher auch nach Ansicht der Studienautoren auf klinische Studien beschränken.

nomischere Alternative zu bevorzugen?

In Deutschland liegt der generische Verordnungsanteil für Enalapril bei 88%, für Lisinopril bei 80%, für Fluoxetin bei 82% und für Paroxetin bei 100% (Quelle: Verordnungsreport 2002).

Gibt es Berichte über eine niedrigere klinische Versorgungsqualität durch Generikaverordnungen in Deutschland?

Haben doch nicht alle Beteiligten im Gesundheitssystem eine patientenorientierte Zielsetzung? Haben die Versicherten und Patienten ein Recht auf Transparenz über die ökonomische Verwendung ihrer Beiträge?

Fragebogenaktion der WGKK

Die WGKK hat Ihre Partner im Gesundheitswesen, die Ärzte, niedergelassene Apotheker und Krankenhausapotheker zu Generika befragt:

88% sehen Generika als sinnvollen Ansatz zur Effektivitätssteigerung
63% der Ärzte halten Generika für gleich wirksam, aber nur 33% der Apotheker (bei 25% Stimmenthaltungen, die dies nicht beurteilen können oder wollen)

Bezweifeln über 40% der wichtigsten Entscheidungsträger im Gesundheitswesen die Qualitätssicherung durch die Zulassungsbehörde?

Generikaprojekt der NÖGKK:

Die NÖGKK hat gemeinsam mit dem Waldviertelklinikum Horn ein sechsmonatiges Projekt initiiert, durch das Generika-Verordnungen forciert werden sollen. Durch den gezielten Einsatz von kostengünstigen Nachfolgepräparaten im Krankenhaus soll deren Weiterverordnung durch die Ärzte im niedergelassenen Bereich erleichtert werden.

Ihre Ansprechpartner
zu regionalen Themen von
Konsensus Heilmittelökonomie:

Dr. Jürgen Soffried
juergen.soffried@ooegkk.at

Dr. Michaela Pogantsch
michaela.pogantsch@stgkk.sozvers.at

DI Berthold Reichardt
berthold.reichardt@bgkk.sozvers.at

Unser Leitsatz:
Die bessere Therapie
zum besseren Preis