

im blickpunkt

INFORMATION FÜR VERTRAGSPARTNER



**„10 Jahre EKO und ABS-NK,
wohin führt der Weg?“**

B  K

Burgenländische
Gebietskrankenkasse

Inhalt

Zehn Jahre Erstattungskodex	Seite 3
2015: 10 Jahre „Nachfolgende Kontrolle“	Seite 6
Praktische Aspekte der inhalativen Therapie	Seite 8
Norvasc und Amlodipin Generika	Seite 10

Impressum und Offenlegung gemäß §§ 24, 25 Mediengesetz MedieninhaberIn und HerausgeberIn:

Burgenländische Gebietskrankenkasse, gesetzliche Krankenversicherung,
Esterhazyplatz 3, 7000 Eisenstadt, UID Nummer: ATU 16253300

Kontaktadresse: Dipl.-Ing. Berthold Reichardt, Behandlungsökonomie,
Telefon +43 2682608-1405, E-Mail: berthold.reichardt@bgkk.at

Vertretungsbefugte Organe der Burgenländischen Gebietskrankenkasse:

Obmann Hartwig Roth,
1. Obmann-Stellvertreter Johann Wagner,
2. Obmann-Stellvertreterin Beate Horvath
Direktor Mag. Christian Moder,
Direktor-Stellvertreter Franz Winkovitsch

Aufsichtsbehörde: Die österreichische Sozialversicherung
unterliegt der Aufsicht des Bundes. Oberste Aufsichtsbehörde
ist der Bundesminister für Gesundheit

Erscheinungsweise: unregelmäßig ca. 4x jährlich

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind
urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben
die Meinung der Autorin/des Autors und nicht der Redaktion wieder.

Sämtliche zur Verfügung gestellten Informationen und Erklärungen sind
unverbindlich, die Burgenländische Gebietskrankenkasse übernimmt keine
Gewähr oder Haftung für deren Richtigkeit oder Vollständigkeit und können
daraus keinerlei Rechtsansprüche begründet werden. Grundlegende Rich-
tung des periodischen Mediums: Fach- und Informationsblatt für die
Vertragspartner/innen der Burgenländischen Gebietskrankenkasse und
Entscheidungssträger/innen im Burgenländischen Gesundheitssystem

Druck: Wiener Gebietskrankenkasse,
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: Bilderbox, WGKK, BGKK,
Karin-Christina Ruprecht und Ursula Riess
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der BGKK gestattet

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren!

der Wechsel vom Heilmittelverzeichnis zum Erstat-
tungskodex war ein Quantensprung für das öster-
reichische Gesundheitssystem in den Bereichen
Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Zehn Jahre
später sollte vielleicht intensiver an der Weiterent-
wicklung gearbeitet werden. Vorschläge dafür lie-
gen in großer Zahl auf.

Die nachfolgende Kontrolle geht mit einer sehr po-
sitiven Bilanz einher. In den zehn Jahren seit Be-
ginn wurden rund 19.000 nachfolgende Kontrollen
durchgeführt, davon 1.500 in den Ordinationen.
Burgenland ist das einzige Bundesland, in dem die
nachfolgende Kontrolle grundsätzlich in der Ordi-
nation durchgeführt wird. Wir nutzen die regionalen
Vorteile und pflegen dadurch den persönlichen und
kollegialen Kontakt zu unseren Vertragspartnern.
Neben der Überprüfung der fachlich korrekten
Dokumentation laut RE 2 Regelung im EKO wer-
den ökonomische Analysen und sonstige Abrech-
nungsstatistiken thematisiert. Kernpunkt der nach-
folgenden Kontrolle im Burgenland ist jedoch das
persönliche Gespräch, welches neben der Beseiti-
gung von Ungereimtheiten vor allem die Vernetzung
zwischen dem bürokratischen Apparat und der
praxisbezogenen Ordination herstellt. Die durch-
wegs positiven Rückmeldungen über die Vor-Ort
Durchführung der nachfolgenden Kontrolle zeigt,
dass der persönliche Kontakt die vertragspartner-
schaftliche Beziehung fördert. Wir möchten uns auf
diesem Wege für Ihre Kooperationsbereitschaft und
Gastfreundlichkeit bedanken.

Von Frau OA Dr. Melcher, die an Arznei und Vernunft COPD (<http://www.arzneiundvernunft.at/DE/Thema/COPD+-+chronisch+obstruktive+Lungenerkrankung.aspx>) mitgearbeitet hat, haben wir einen Beitrag über die Herausforderungen der richtigen Applikation der COPD-Medikamente erhalten und den Abschluss bildet ein Beitrag der Versorgungsforschung. Dieser gibt die Antworten auf die Frage, warum das millionenschwere Einsparpotenzial durch generisches Amlodipin noch nicht vollständig ausgeschöpft ist.

Freundliche Grüße

DI Berthold Reichardt
Behandlungsökonomie

Zehn Jahre Erstattungskodex

Mit der 61. Novelle zum ASVG, die am 1. Jänner 2005 in Kraft trat, fiel der Startschuss für den Erstattungskodex (EKO). In den EKO werden zugelassene, erstattungsfähige und gesichert lieferbare Arzneispezialitäten aufgenommen. Festgestellt werden diese von der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK), der unabhängige Experten angehören. Von 2005 bis Ende 2014 gab die HEK insgesamt 4.737 Empfehlungen ab. Am 1. Jänner 2005 erschien der erste EKO als Druckwerk mit dem Namen „Heilmittelverzeichnis neu“.

Entwicklung des EKO

In der ersten Ausgabe des EKO waren 5.266 Packungen bzw. 3.839 Medikamente. Mit Jänner 2015 sind es 6.923 Packungen, das entspricht rund 4.800 Medikamenten. In der Grünen Box stieg die Zahl der Packungen in den letzten zehn Jahren um 26,4 % auf 5.692. Den prozentuell größten Zuwachs erzielte der Gelbe Bereich. Dort stieg die Zahl der angeführten Packungen innerhalb von 10 Jahren um

84,6 % von 606 auf 1.119.

Das Druckwerk als auch die über das Internet immer abrufbare aktuelle Version des EKO ist nun um eine weitere kundenfreundliche Variante reicher: die App EKO2go, die neue Datenbank-App mit rund 4.800 Medikamenten für Smartphones und Tablets.

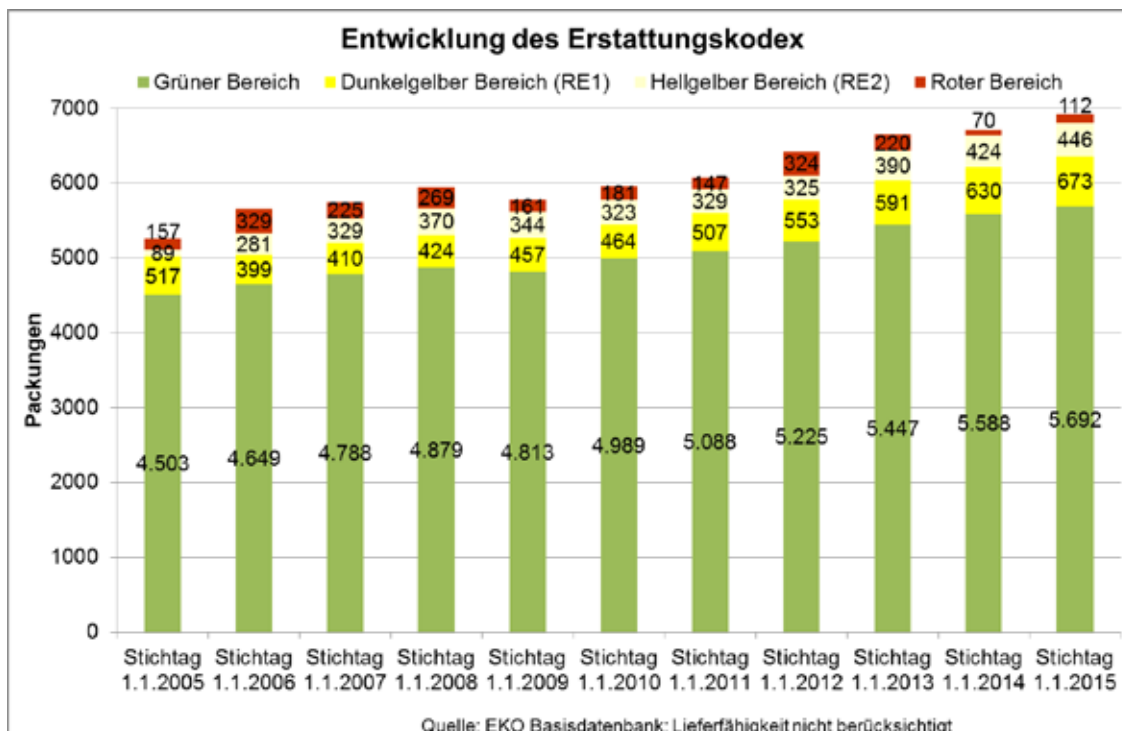
Kostenentwicklung

Aktuell ist eine starke Dynamik bei hochpreisigen Arzneimitteln zu beobachten. Obwohl die Gesamtzahl der Verordnungen stabil bleibt, kommt es insgesamt zu beträchtlichen Heilmittelsteigerungen wegen einiger hochpreisiger Produkte.

Kostentreiber waren die Ausgaben für Heilmittel mit einem Kassenverkaufspreis von über 700 €.- pro Packung. Sie stiegen um rund 51,8 %.

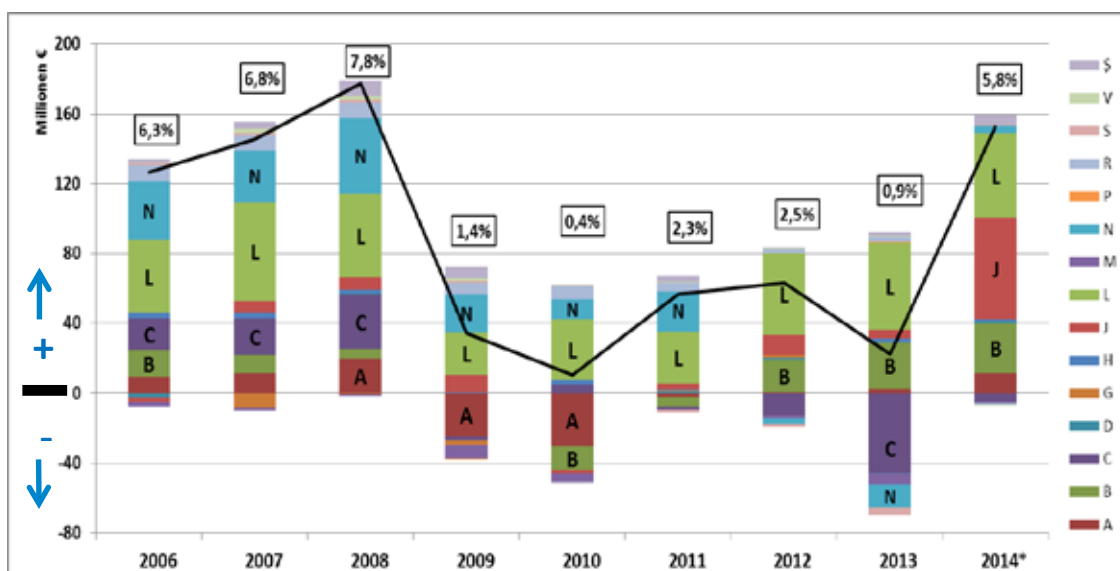
Rund 12,1 % der Heilmittelaufwendungen fielen 2013 auf nicht im EKO angeführte Arzneimittel, für die oftmals seitens der Unternehmen kein Antrag auf Aufnahme in den EKO gestellt wird.

Untenstehende Grafik zeigt die Entwicklung der Anzahl der Packungen pro Box von 2005 bis 2015:



Bundesweite jährliche Kostenveränderung der ATC-Hauptgruppen aller Medikamente (auch Präparate außerhalb des EKO)

AT-II Antagonisten bewirkten Kostenreduktionen in den Jahren 2012 und 2013. Mit Markteintritt der direkten oralen Antikoagulantien (DOAK) stiegen die Kosten in der **ATC Gruppe B** (Blut und blutbildende Organe) stark. Um mehr als 40 Millionen Euro erhöhten sich zuletzt die Kosten in der **ATC Gruppe J**



* Werte laut vorläufigem Rechnungseinlauf

Die Grafik zeigt die Entwicklung der Heilmittelkosten österreichweit der Jahre 2006 bis 2014. Stiegen die Kosten besonders stark in den Jahren 2006 bis 2008 (6,3-7,8 %), so zeigten sich in den darauffolgenden Jahren eher moderate Steigerungen. Im Jahr 2014 kam es wieder zu einer deutlichen Steigerung von über 5 %.

Die Säulen in der Grafik repräsentieren die jeweiligen absoluten Kostensteigerungen je ATC-Gruppe im Vergleich zum Vorjahr: Über den gesamten dargestellten Zeitraum ist die **ATC Gruppe L** (Antineoplastische und immunmodulierende Mittel) am auffälligsten, da diese Gruppe jedes Jahr starke Kostensteigerungen im zweistelligen Millionenbereich zeigt. Abgesehen von der ATC Gruppe L waren in den ersten Jahren die **Gruppen N** (Nervensystem) und **C** (Kardiovaskuläres System) stark steigend. Die **Gruppe A** (Alimentäres System und Stoffwechsel) zeigte bis 2008 starke Kostensteigerungen, mit der Einführung der PPI-Generika ab 2009 gingen die Kosten hingegen stark zurück. Die Generika in der **Gruppe C**, besonders im Bereich der Statine und

(Antinfektiva zur systemischen Anwendung) allein im Jahr 2014, was auf die neue Hepatitis C-Therapie zurückzuführen ist.

Innovation und Schein-Innovation

In Zusammenhang mit „Innovation“ am Medikamentensektor gilt es mehr denn je wirkliche medizinische Fortschritte von Schein-Innovationen zu trennen. Nur, weil etwas neu am Markt ist, ist dies kein Garant für das Vorliegen einer Innovation im Sinne eines echten neuen therapeutischen Konzepts. Von einer wirklichen Innovation im Medikamentenbereich wird erwartet, dass sie auch einen bedeutenden zusätzlichen therapeutischen Nutzen aufweist. Die Erfahrung zeigt hingegen, dass neben einzelnen herausragenden Entwicklungen oftmals Medikamente mit vergleichbarem Nutzen oder marginalem Zusatznutzen zu sehr hohen Mehrkosten angeboten werden.

Im Zeitraum 1.1.2010 bis 30.6.2014 gingen beim Hauptverband (HV) Anträge für die Aufnahme von insgesamt 1.555 neuen Arzneispezialitäten in den

EKO ein. Darunter waren nach Selbsteinschätzung der pharmazeutischen Industrie 165 Arzneimittel-spezialitäten (10,6 %) mit einem neuen Wirkstoff. Tatsächlich konnte die medizinisch-therapeutische Evaluation, in der der Nutzen gegenüber therapeutischen Alternativen geprüft wird, in diesem Zeitraum nur 18 Spezialitäten einen wesentlichen zusätzlichen Nutzen attestieren. Das entspricht ca. 1,2 % aller beantragen Arzneispezialitäten. Zum Zweck der Transparenz wurden alle Arzneispezialitäten, die auf Kosten der Krankenversicherungen abgegeben werden können, nach einem Boxensystem geordnet.

Zukunftsperspektive

Die Implementierung des EKO im österreichischen Gesundheitssystem vor zehn Jahren war ein Quantensprung in Bezug auf Transparenz, Versorgungssicherheit und -qualität. Zehn Jahre später sollte mehr Energie in die Weiterentwicklung investiert werden. Konstruktive Vorschläge gibt es von vielen Betroffenen. Der Fortschritt kann und soll nicht aufgehalten werden; das System muss sich an die innovative Entwicklung anpassen und nicht umgekehrt.

Als Grundregel gilt seither das Ampelprinzip:
Grün vor Gelb vor Rot

Monatlich werden ca. 200.000 Anträge im Arzneimittel- Bewilligungs- Service (ABS) bearbeitet (231.267 im Oktober 2014 mit einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit von 4,8 Minuten) und ca. 1.500 Vertragspartner werden pro Jahr nachfolgend kontrolliert.



wohin führt der Weg?

2015: 10 Jahre „Nachfolgende Kontrolle“

Dokumentation statt Bewilligung

Mit 1. Jänner 2005 trat die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBKV) in Kraft. Diese Verordnung regelt unter anderem, dass eine Verschreibung einer Arzneispezialität aus dem Hellgelben Bereich (RE2) auf Kassenkosten nur nach Anfertigung einer Dokumentation über die Einhaltung der bestimmten Verwendung erfolgen darf. Die HBKV beinhaltet die Grundsätze dieser Dokumentation (§ 3) und ihrer nachfolgenden Kontrolle (§ 4) durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger.

Die Motivation, warum die Nachfolgende Kontrolle eingeführt worden ist, war einerseits, die Qualität und die Ökonomie der Verschreibungen zu verbessern, und andererseits, den bürokratischen und zeitlichen Aufwand im Rahmen der Bewilligung zu reduzieren.

Wie alles begann ...

Ein Projektteam unter der Leitung der NÖGKK und mit Mitarbeit der WGKK, OÖGKK und VAEB wurde gegründet. Das Projekt schaffte die Voraussetzung für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages und stellte durch die organisatorischen, technischen sowie logistischen Maßnahmen eine möglichst bundesweit einheitliche Institutionalisierung der Nachfolgenden Kontrolle sicher.

Von allen Krankenversicherungsträgern wurde ein System zur Durchführung erarbeitet, einheitliche Vorgehensweisen mit ressourcenschonenden Abläufen abgestimmt, Prozesse gestaltet und die dafür notwendige IT entwickelt.

Die Umsetzung erfolgte nach Abstimmung mit dem Bundesministerium, den Landesärztekammern und nach datenschutzrechtlicher Genehmigung.

Eine vollständige und inhaltlich richtige Dokumentation beinhaltet:

- **Rezeptdaten:** die zur Identifikation der Patientin/des Patienten notwendigen Angaben (zumindest Name und Sozialversicherungsnummer) und die zur Identifikation der Arzneispezialität notwendigen Angaben (Name der Arzneispezialität, Packungsgröße, Wirkstoffstärke, Darreichungsform und Anzahl der Packungen)
- **Dosierung und Datum der Verordnung**

- **Diagnose**, auf Grund derer das Arzneimittel verordnet wurde
- **Der Nachweis der bestimmten Verwendung** →Einhaltung der Regeln des Erstattungskodex (EKO). Es ist nachweislich festzuhalten, dass die durch den EKO bestimmte Regel in allen Bestandteilen zutrifft.
- Auseinandersetzung mit dem **Ampelprinzip**, sofern dies ein Regelbestandteil ist
- **Unterschrift** als Bestätigung der Vollständigkeit und Richtigkeit

Zahlen und Fakten¹

In den letzten 10 Jahren wurden mittlerweile **18.538 nachfolgende Kontrollen** bei 8.734 Verordnerinnen und Verordnern durchgeführt. Im Zuge der Kontrollen wurden **101.940 Dokumentationen** geprüft, das entspricht durchschnittlich rd. 6 Dokumentationen pro Verordner/in. Waren im 1. Halbjahr 2006 nur 63,3 % der Dokumentationen im Sinne der HBKV **vollständig und inhaltlich richtig**, so waren es im 1. Halbjahr 2014 bereits **77,2 %**.

Wie geht es weiter ...

Das Ziel der Krankenversicherungsträger ist es, die Qualität der Dokumentationen zu steigern. Im Rahmen einer Nachfolgenden Kontrolle stehen die Vollständigkeit und die Absicht, allfällige Unklarheiten in Bezug auf die Erstellung einer Dokumentation abzuklären, im Vordergrund.

In der Praxis zeigt sich, dass oftmals bei den übermittelten Unterlagen Angaben fehlen. Deshalb starteten die Krankenversicherungsträger im 4. Quartal 2014 einen Pilotversuch. Dem Ersuchen um Einsendung bestimmter Dokumentationen wurden Dokumentationsblätter beigelegt. Neben den zum Zeitpunkt der Verordnung gültigen Produktdaten des Medikamentes sowie den zu kontrollierenden Prüfdaten (diese werden vom Krankenversicherungsträger befüllt), enthält das Dokumentationsblatt die Möglichkeit, die Einhaltung der bestimmten Verwendung bei der Verschreibung dieses Arzneimittels entsprechend vollständig zu dokumentieren und dies mit der Unterschrift zu bestätigen. Die Verwendung dieser Blätter durch die geprüften Verordnerinnen und Verordner beruhte jedoch auf Freiwilligkeit.

Erste Evaluierungen zeigen, dass die Verordnerinnen und Verordner mit den zu befüllenden Dokumentationsblättern sehr zufrieden waren. Neben der hohen Akzeptanz der Dokumentationsblätter konnte auch eine Verbesserung der Qualität erzielt werden.

Wir bedanken uns abschließend bei allen Ärztinnen und Ärzten, deren RE2-Dokumentationen bereits nachfolgend kontrolliert wurden, für ihre Bemühungen und für die gute Zusammenarbeit.

Birgit Prinz, NÖGKK
Bundesweite Koordinatorin der Nachfolgenden Kontrolle

¹ Daten Statistiken 2005 bis 1. Halbjahre 2014



ABS-NK spart Bewilligungsanträge und hat sich bewährt

Praktische Aspekte der inhalativen Therapie

Für die Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen stehen eine Reihe von wirksamen Substanzen zur Verfügung, die mittels Inhalation zu applizieren sind. Theoretisch gelangen die bronchialerweiternden oder antiinflammatorischen Medikamente mittels Inhalation nebenwirkungsarm und gezielt an den Wirkort, die tiefen Atemwege. In der Praxis zeigt sich aber oft, dass aufgrund insuffizienter bzw. fehlerhafter Inhalationstechnik der gewünschte Effekt gar nicht eintreten kann.

Ein europaweites² Literatur-Review des Aerosol Drug Management Improvement Teams (ADMIT) hat ergeben, dass bis zu 50 % der Patienten in Europa nicht in der Lage waren, das verordnete Inhalations-Device korrekt anzuwenden. [1] Eine Studie an 3811 Patienten, durchgeführt von Molimard et al. (2003), hat ergeben, dass 76 % der Patienten zumindest einen Fehler bei der Anwendung eines Dosieraerosols (pMDI) machten. Im Vergleich dazu wurde bei 49-55 % ein Anwendungsfehler bei der Verwendung eines Trockenpulverinhalators (DPI) dokumentiert. [2] Laut Levy et al. (2013) verwendeten 58 % der Patienten ihr Dosieraerosol nicht korrekt. [3] Schwere Anwendungsfehler waren laut Melani et al. (2011) weit verbreitet und fanden sich je nach Device bei 12-44 %. [4]

Vor der Verordnung einer inhalativen Therapie sollten daher einige Überlegungen angestellt werden, die die Anwendungssicherheit der Therapie gewährleisten.

Prinzipiell stehen 4 Inhalationssysteme zur Verfügung:

- Trockeninhalationssysteme (DPI – dry powder inhaler)
- Dosieraerosole (DA/pMDI – pressurized metered dose inhaler)
- Doppelstrahl-Impaktionsinhalator (DSII – Respimat[®])
- Vernebler

Die Auswahl eines dieser Systeme bzw. des Devices, mit dem inhaliert werden soll, ist von den manuellen und kognitiven Fähigkeiten des Patienten, seinem inspiratorischen Atemfluss und den Eigenschaften des Inhalationssystems bzw. des Devices abhängig.

Trockenpulverinhalationen (DPI)

sind atemzuggetriggert, d.h. durch den inspiratorischen Sog wird die Einzeldosis aus dem Device freigesetzt.

Vorteil: geringe Ansprüche an die Koordinationsfähigkeit des Patienten bezüglich Freisetzung des Hubes und Einatmung.

Nachteil: für die optimale Medikamentendeposition im Bronchialsystem ist ein Inspirationsfluss von 50 – 60 l/min nötig.

Korrektur Anwendungsmodus:

- aufrechte Körperhaltung
- Device öffnen/laden
- entspannt max. ausatmen
- Mundstück zwischen die Zähne nehmen, mit den Lippen umschließen
- RASCH und tief einatmen
- Luft für 5 – 10 Sek. anhalten
- langsam ausatmen, aber nicht in das Gerät

Dosieraerosole (pMDI)

sind auch für Patienten mit geringeren Inspirationsflüssen, also für Patienten mit einer höhergradigen Einschränkung der Lungenfunktion, geeignet. Bei Dosieraerosolen ist aber eine exakte Koordination zwischen aktiver Auslösung eines Hubes per Hand und tiefer Inhalation erforderlich. Bei insuffizienter Mund-Hand-Koordination empfiehlt sich die Verwendung einer Vorschaltkammer (Spacer) oder eines atemzuggetriggerten Devices, bei dem das Aerosol ab einem Inspirationsfluss von 28 l/min automatisch freigesetzt wird.

Korrektur Anwendungsmodus:

- aufrechte Körperhaltung
- DA gut schütteln (außer bei Lösungsaerosolen = Respimat), Schutzkappe abziehen
- entspannt maximal ausatmen
- Mundstück zwischen die Zähne nehmen, mit den Lippen umschließen
- DA drücken und GLEICHZEITIG LANGSAM tief einatmen
- Luft für 5 – 10 Sek. anhalten
- langsam ausatmen

Doppelstrahl - Impaktionsinhalator

erzeugt eine Aerosolwolke mit langsamer Austrittsgeschwindigkeit und sehr feiner Partikelgröße; geeignet für Patienten mit geringen Inhalationsflüssen, Koordinationsproblemen sowie für Patienten mit Tracheostoma.

Vernebler (Ultraschall- oder Düsenvernebler)

für Medikamente, die nicht als DPI oder pMDI/DA zur Verfügung stehen; für Patienten mit Koordinationsproblemen oder geringem Inspirationsfluss (ca. 10 l/min); Vernebler kommen häufig auch in der Pädiatrie zur Anwendung.

Um ein geeignetes Inhalationssystem auszuwählen, müssen also zwei grundsätzliche Fragen beantwortet werden:

- 1) Wie hoch ist der Inspirationsfluss des Patienten, idealerweise gemessen mit einem inspiratorischen Peakflowmeter?
- 2) Wie kommt der Patient mit dem aufgrund der funktionellen Daten ins Auge gefassten Device zurecht?

Daraus ergibt sich, dass die Patienten nach sorgfältiger Schulung in der Handhabung des zu verordnenden Devices auch die Gelegenheit haben sollten, die Anwendung zu üben. Die Überprüfung der richtigen Inhalation sollte nicht nur vor der Erstversorgung, sondern auch im weiteren Verlauf immer wieder erfolgen, um ggf. auf ein besser geeignetes Device wechseln zu können.

Schulung und Überprüfung der Inhalationstechnik sind essentiell, da auch das beste Medikament nur dann helfen kann, wenn es überhaupt an den Wirkort gelangt.

OA Dr. Elisabeth Melcher
Leitung der Pulmologie
1. Medizinische Abteilung HKH

Literatur:

1. CROMPTON, C.K., BARNES, P.J., BROEDERS, M., CORRIGAN, C., et al., 2006. The need to improve inhalation technique in Europe: A report from the Aerosol Drug Management Improvement team. *Respiratory Medicine* 100: pp. 1479-1494.
2. MOLIMARD, M., RAHERSION, C., LIGNOT, S., DEPONT, F., et al., 2003. Assessment of handling of inhaler devices in real life: an observational study in 3811 patients in primary care. *Journal of Aerosol Medicine* 16: pp. 249-54.
3. LEVY, M.L., HARDWELL, A., MCKNIGHT, E., HOLMES J., 2013. Asthma patients' inability to use a pressurised metered-dose inhaler (pMDI) correctly correlates with poor asthma control as defined by the Global Initiative for Asthma (GINA) strategy: a retrospective analysis. *Primary Care Respiratory Journal* 22(4): pp. 406-411.
4. MELANI, A.S., BONAVIA, M., CILENTI, V., CINTI, C., et al., 2011. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. *Respiratory Medicine* 105: pp. 930-938.
5. ARZNEI UND VERNUNFT, 2014. COPD Chronisch obstruktive Lungenerkrankung. [online] Wien: Arznei und Vernunft. Zugang via: http://www.arzneiundvernunft.at/uploads/140826-Leitlinie-COPD_472_DE.pdf am 23.02.2015.
6. KNIPEL, V., CRIÉE, C.P., WINDISCH, W., 2013. Korrekte Inhalationstherapie: Einweisung mittels Internet-verfügbarer Filmsequenzen - Eine Initiative der Deutschen Atemwegsliga e.V. *Pneumologie*. 67: pp. 157-161.
7. DEUTSCHE ATEMWEGSLIGA, 2014. Richtig inhalieren. [online] Bad Lippspringe: Deutsche Atemwegsliga e.V. Zugang via: <http://www.atemwegsliga.de/richtig-inhalieren.html> am 23.02.2015.

Norvasc und Amlodipin Generika

Amlodipin ist bereits seit 2003 generisch verfügbar. Obwohl der Generikaanteil an den Verordnungen 2014 bei 82,5 % lag, sind 410.060 verbliebene Norvasc-Verordnungen auf Grund des enormen Preisvorteils der Generika mit einem theoretischen Einsparpotenzial von € 3,0 Mio. (Basis KKP ohne USt.) pro Jahr verbunden. Mit den Daten der Realversorgung soll aufgezeigt werden, warum der Preisvorteil der Generika nicht zur Gänze realisiert werden kann. Sind Krankeneinstellungen, langjährig gut eingestellte Patienten mit Vorbehalt gegen eine Umstellung oder „regionale Besonderheiten“ dafür verantwortlich? Die Abrechnungsdaten der 13 SV-Träger (9 GKKs, BVA, SVA, SVB, VAEB) liefern dazu Antworten. Es standen dazu die Daten von 303.278 Patienten zur Verfügung, denen im Jahr 2013 ein Amlodipin-Präparat auf Kassenkosten verordnet wurde.

Neueinstellungen

Von 46.136 Patienten, die im Jahr 2013 zumindest eine Packung Norvasc erhalten haben, wurden 12.804 ± 28 % neu eingestellt*. Von 263.599 generisch versorgten Patienten wurden 68.201 ± 26 % neu eingestellt. Von den angeführten 12.804 Norvasc-Neueinstellungen hatten 7.012 ± 55 % im

Zeitraum von 30 Tagen vor der Neueinstellung einen Krankenhausaufenthalt. Bei den Neueinstellungen auf ein Generikum erfolgte die Ersteinstellung bei 17.638 Patienten ± 26 % im Rahmen eines stationären Aufenthaltes.

Regionale Unterschiede

Die regionale Variabilität des Patientenanteils, der 2013 zumindest eine Packung eines generischen Amlodipins erhalten hat, schwankt pro Verwaltungsbezirk in Österreich zwischen 62 % (Klagenfurt Stadt) und 97 % (Feldkirch).

Wechsel von Norvasc auf ein Generikum

Innerhalb des Jahres 2013 haben 6.465 Patienten einen Therapiewechsel erfahren, 2.521 von Norvasc auf ein Generikum und 972 von einem Generikum auf Norvasc. Die übrigen Patienten wechselten mehrmals zwischen Originär und Generikum, wobei der Verordnungsanteil von Norvasc höher war als der von den Generika. Von den 972 eindeutigen Umstellungen von einem Generikum auf Norvasc hatten 648 Patienten eine zeitliche Nähe von weniger als 30 Tagen zu einem Krankenhausaufenthalt.

* definiert als zumindest einjährige Therapiekarenz

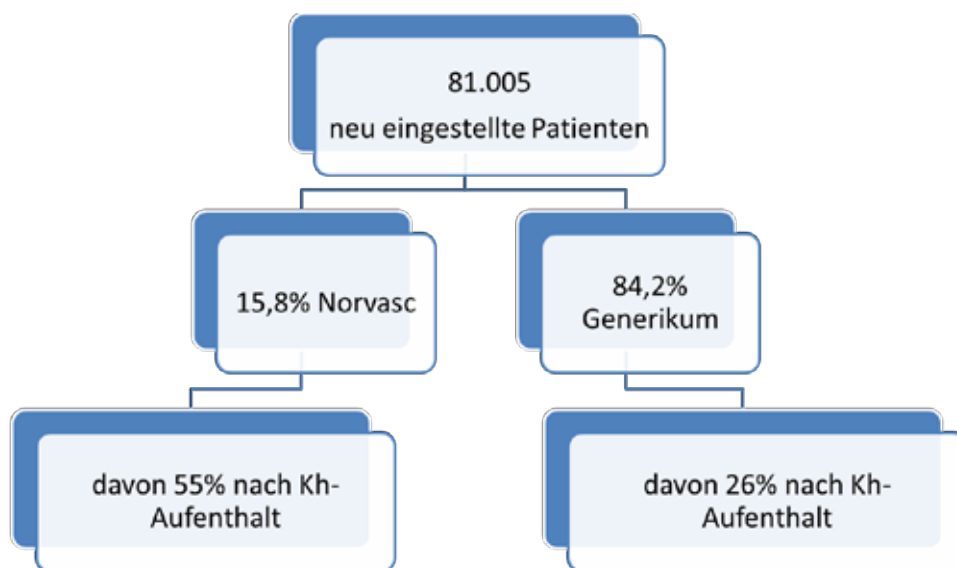


Abb 1: Präparatewahl bei Neueinstellungen und Einfluss eines stationären Aufenthaltes

Bei 918 Patienten die auf ein Generikum umgestellt wurden, gab es eine zeitliche Nähe zu einem Krankenhausaufenthalt. Ein stationärer Aufenthalt erhöht daher die Wahrscheinlichkeit, dass auf Norvasc umgestellt wird.

Abb 2: Umstellungen nach stationärem Aufenthalt (Kh)



Altersstruktur und Geschlecht

Der Anteil der weiblichen Amlodipinpatienten beträgt 54 %.

	Patienten		Patientenanteil mit Generika	
	m	w	m	w
Unter 40 Jahre	3.372	2.073	88 %	85 %
Zwischen 40 und 50 Jahren	10.610	7.380	90 %	90 %
Zwischen 50 und 60 Jahren	26.383	21.100	90 %	89 %
Zwischen 60 und 70 Jahren	38.905	36.467	87 %	88 %
Zwischen 70 und 80 Jahren	39.188	50.053	86 %	87 %
Zwischen 80 und 90 Jahren	18.042	39.889	84 %	85 %
Über 90 Jahre	1.889	7.927	81 %	83 %
Gesamt	138.389	164.889	87 %	87 %

Der Generikaanteil war im Jahr 2013 über alle Altersgruppen relativ konstant bzw. leicht abnehmend und unabhängig vom Geschlecht.

Dosierung

Von 263.599 Patienten, die 2013 generisches Amlodipin erhalten haben, wurden 87.701 ± 33 % mit mehr als 7,5 mg pro Tag behandelt. Bei höheren Dosierungen ist der Kostenvorteil der generischen Verordnung mit bis zu etwa € 20,00 pro Monat besonders groß. Von 46.136 mit Norvasc versorgten Patienten haben 7.489 ± 16 % mehr als 7,5 mg pro Behandlungstag zur Verfügung. Generisches Amlodipin wird in allen Stärken zum Flatprice angeboten.

Diskussion und Handlungsfelder der Behandlungsökonomie

Um den Verordnungsanteil von generischem Amlodipin zu steigern, benötigen wir die Unterstützung der Verordner in folgenden Themenfeldern:

- Neueinstellungen sollten ausschließlich generisch erfolgen.
- Insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt sollte eine Weiterversorgung mit bzw. Umstellung auf Amlodipin-Generika erfolgen.
- Durch die Teilbarkeit und die Flatprice-Regelung ist der Kostenvorteil der höheren Dosierungen der Generika besonders groß.

