

Steigerung der Therapietreue – Arzneimittelzuzahlungen sind mehr **Problem** als Lösung

Bernard Braun, Gerd Glaeske, Jens Holst und Gerd Marstedt

Arzneimittelzuzahlungen gelten üblicherweise als Mittel zur Kostensenkung, da sie Patienten zur „vernünftigen“ Inanspruchnahme anhalten und so zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beitragen sollen. Hinter der Idee der Zuzahlungen und ebenso der Praxisgebühr steht die weit verbreitete Annahme, Zuzahlungen verhinderten bei elastischer Nachfrage die Inanspruchnahme von nicht notwendigen, also überflüssigen Leistungen. Gegen diese Annahme spricht allerdings eine wachsende Zahl empirischer Hinweise auf unerwünschte gesundheitliche und soziale Effekte in Form einer unter das wünschenswerte Maß gesenkten Inanspruchnahme.

Dies hat bereits das erste und bisher einzige Zuzahlungsexperiment mit wissenschaftlicher Analyse erwünschter und unerwünschter Wirkungen belegt, das sogenannte RAND-„Health Insurance Experiment“ (Newhouse J. P. et al. 1993). Der Vergleich zwischen verschiedenen Versicherungsverträgen in den USA ergab: Je höher die Kostenbeteiligung der Patienten, desto geringer die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Seither gelten Zuzahlungen als Mittel der Wahl zur nachfrageseitigen Kostendämpfung. Allerdings unterlag die RAND-Studie erheblichen methodischen Einschränkungen.

Spätere Analysen (Lurie N. et al. 1989) offenbarten, dass Zuzahlungen zu einer schlechteren Blutdruckeinstellung, der Unterversorgung mit Brillen und schlechtem Zahnstatus führten, wobei das fünfjährige Experiment langfristige Folgeerscheinungen nicht einmal erfasste. Seither haben Hunderte von Untersuchungen gezeigt, dass unerwünschte Wirkungen die angestrebten Steuerungseffekte vielfach auf- und sogar überwiegen.

Verursachung von Kosten

Auch ist es nie gelungen, mithilfe von Zuzahlungen zwischen „sinnvoller“ und „überflüssiger“ Inanspruchnahme zu unterscheiden. Es ist hinlänglich nachgewiesen, dass Selbstbeteiligungen medizinisch überflüssige und indizierte Maßnahmen gleichermaßen verringern. Steuerung durch den Griff in das Portemonnaie der Versicherten ist also allenfalls finanziell, aber nicht klinisch sinnvoll. Aber nicht einmal diese Annahme lässt

sich uneingeschränkt bestätigen. Wie entsprechende ausländische Untersuchungen über die Auswirkung verminderter Zuzahlungen zeigen, entpuppen sich Zuzahlungs-Kalküls vielfach als Milchmädchenrechnung. Denn vermiedene und verschobene Arztbesuche, verringerte Dosen von Arzneimitteln oder gar Therapieabbrüche verursachen erhebliche Kosten aufgrund vermeidbarer Komplikationen.

Die Niederländer waren angesichts der bei ihnen überwiegend unerwünschten Wirkungen 1999 entchlussfreudig genug, Selbstbeteiligungen wieder abzuschaffen (Delnoij C.L., Groenewegen P. et al. 2000). Und selbst für Deutschland gibt es seit Kurzem empirische Belege dafür, dass zumindest verschuldete Perso-



Arzneimittelzuzahlungen – ein sinnvolles Instrument, um auf überflüssige Leistungen zu verzichten?

nen „bei der Möglichkeit der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen mit Zuzahlungsbedarf Benachteiligungen aufweisen können“ (Münster E. et al. 2010).

Risiken

Ein weiterer, bisher eher vernachlässigter unerwünschter Effekt von Zuzahlungen ist ihr Beitrag zu mangelnder Therapietreue (Adhärenz). Häufig reagieren Patienten auf Zuzahlungen, indem sie die Dosis verringern, um länger mit Medikamentenpackungen auszukommen, oder indem sie die Therapie ganz abbrechen, um Folgeausgaben zu vermeiden. Dadurch werden im Ge-

sundheitssystem nicht nur Gelder verschwendet, sondern auch zusätzliche Gesundheitsrisiken durch Verschleppung und Chronifizierung von Krankheiten hervorgerufen.

Vorschläge zur Verbesserung

Wer oder was kann mangelnde Therapietreue reduzieren? Die wichtigsten dafür infrage kommenden Akteure und Interventionen sind Ärzte, Apotheker und ihre Entscheidungs- und Informationsleistungen sowie die politisch für die Existenz des jetzigen Zuzahlungssystems Verantwortlichen. Warum dies so ist und wie sie zu einer Verbesserung der Therapietreue beitragen können, kann hier nur exemplarisch gezeigt werden.

Zu nennen ist zunächst die kritische Abwägung des Arztes, ob ein Arzneimittel gesundheitlich wirklich notwendig ist oder nicht auch durch „kontrolliertes Abwarten“ oder nichtpharmakologische Hilfen die erwünschte Beseitigung von Beschwerden erreicht werden kann.

Zum Beispiel zeigt eine kontrollierte Studie (Nick A. Francis et al. 2009) für den Bereich der häufig nicht gesundheitlich notwendigen Verordnung von Antibiotika zur Wirkung eines personalisierten Behandlungstagebuchs für die Eltern von kleinen Kindern mit akuten Atemwegsinfektionen in Wales eine hochsignifikante Verringerung der Verordnung und Einnahme der zum größten Teil nicht notwendigen Antibiotika und zusätzlich eine Reduktion der Anzahl von Arztbesuchen.

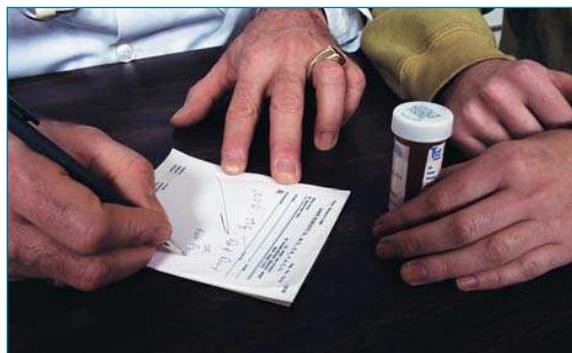
Leitliniengerechte Verordnung

Stärker als bisher sollten Ärzte im Zusammenhang mit Therapietreue außerdem darauf achten, leitliniengerecht zu verordnen. Eine Studie über die Verordnung von Asthmamitteln (Antonius Schneider u. a. 2007) zeigte, dass nur bei 37 Prozent der Patienten die Therapie leitliniengerecht war. Bei der ebenfalls erhobenen subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität und dem Ausmaß von Depressions-Symptomen spielte die Tatsache, ob die Therapie leitliniengerecht war oder nicht, eine mitentscheidende Rolle. Auch wenn dies nicht miterhoben wurde, ist es hochwahrscheinlich, dass Patienten ihre medikamentöse Behandlung für ihre schlechte Lebensqualität verantwortlich machen und sie komplett oder zum Teil einschränken.

Schließlich sollten sich Ärzte bei der Verordnung eines Medikaments auch intensiv nach weiteren Arzneimitteln erkundigen und damit Wechselwirkungen vermeiden helfen, die eine unkontrollierte Inadhärenz fördern. Eine entsprechende Untersuchung (Stephen D. Persell u. a. 2007) hat nämlich gezeigt, dass lediglich

bei 30 Prozent aller dazu gründlich Befragten persönliche Angaben und tatsächliche ärztliche Verordnungen exakt übereinstimmten.

Wenn die Verordnung eines Arzneimittels indiziert ist, bedarf es einer ausreichenden, so weit wie möglich individualisierten Information und Beratung über den Grund der Verordnung, die erwarteten Wirkungen, aber auch mögliche Nebenwirkungen der Behandlung durch



Ärzte sollten nicht nur verschreiben, sondern auch informieren.

den Arzt und zum Teil auch den Apotheker.

Ein Ergebnis der Studie „PraxArt“ (Thomas Rosemann u. a. 2007) des Universitätsklinikums Heidelberg ist, dass eine gute Einbindung von Arzthelferinnen bei der medizinischen Versorgung von Patienten mit Arthrose in der Hausarztpraxis die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöhen und die Einnahme der empfohlenen Medikamente verbessern kann.

Mangelnde Information

Über die Verbesserungsnotwendigkeit der Information und Beratung zu Medikamenten gibt eine im Dezember 2006 in einer für Österreich repräsentativen Interviewbefragung Anhaltspunkte (OEKONSULT 2007). Nur eine kleine Minderheit der Befragten sagt, dass Ärzte immer und in jedem Fall ausreichend über Wirkungsweisen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und mögliche Unverträglichkeiten der von ihnen verordneten Medikamente informieren. Und ebenso sind Fragen von Ärzten oder Apothekern über andere, zur Zeit eingenommene Medikamente und damit nicht unerhebliche Risiken durch Wechselwirkungen der Arzneien eher Ausnahme als Regel. Wenn man davon ausgeht, dass österreichische Mediziner sich nicht völlig anders gegenüber ihren Patienten verhalten als deutsche, dann

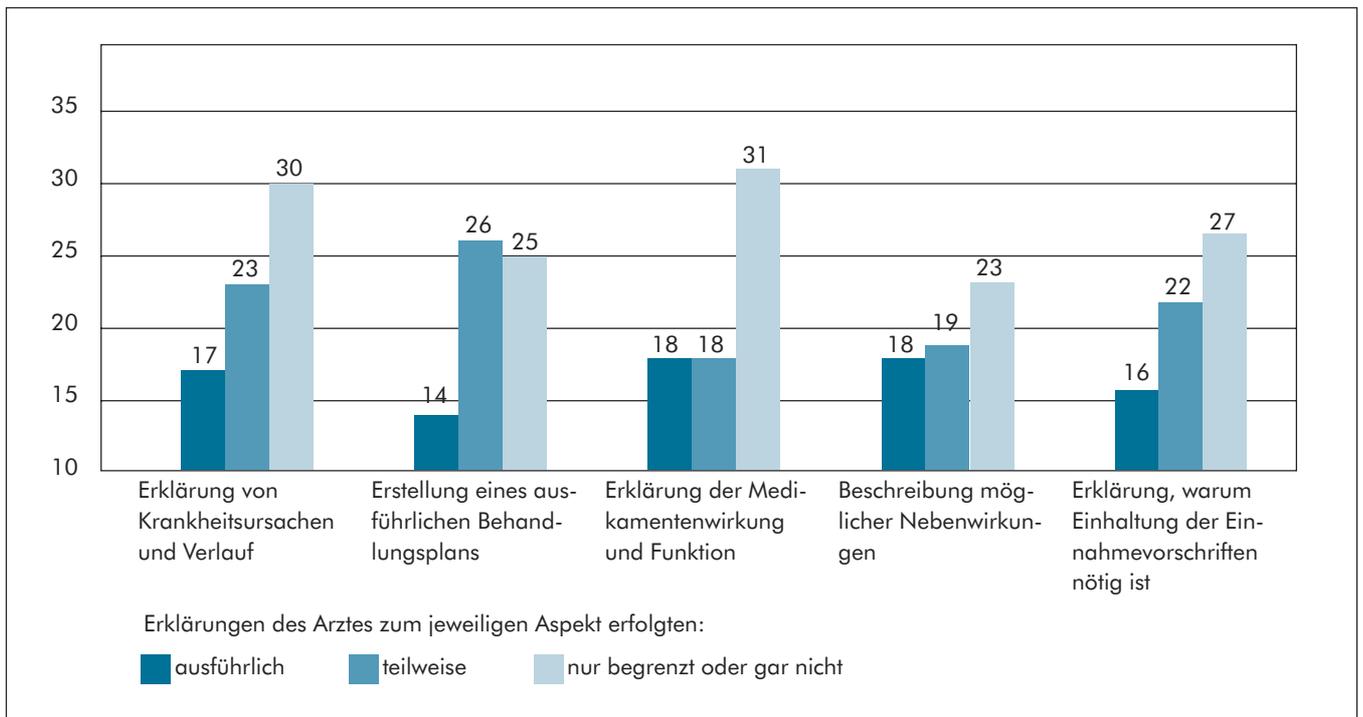


Abb.: Einfluss ärztlicher Informationen auf die Therapietreue (Befragte in Prozent, die mindestens zweimal in den letzten zwei Wochen ein Medikament nicht eingenommen haben)

zeigen die Ergebnisse der Studie auch für Deutschland dringenden Veränderungsbedarf.

Eine Meta-Analyse von knapp 30 wissenschaftlichen Veröffentlichungen über Arzneimittel-Informationen (Janet Grime u. a. 2007) hat gezeigt, dass die bei Ärzten wie Apothekern verbreitete Praxis, nur auf eine einzige standardisierte Information (in Form des Beipackzettels) zu verweisen, die unterschiedlichen Interessen von Patienten völlig missachtet. Die Erwartungen und Informationsinteressen von Patienten, denen ein Medikament verschrieben wurde, unterscheiden sich aber. Die individuelle Bedarfslage zu erkennen und zusätzliche oder andere Informationen zu liefern, ist Aufgabe des Arztes oder nachrangig des Apothekers.

Schließlich kann Adhärenz auch durch eine Modifikation oder Variation der finanziellen Anreize von Zuzahlungen verbessert werden. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass geringe oder fehlende Zuzahlungen keineswegs automatisch zum überzogenen Gebrauch führen, sondern die Therapietreue verbessern und damit den gesundheitlichen Nutzen mehr(t)en.

Internationale Zuzahlungsstudien

Eine Reihe von Studien in den USA zeigen eine überraschende Lösung für viele Facetten mangelnder Therapietreue auf: spürbare Senkung der Zuzahlungen. Allein dadurch konnte beispielsweise im Rahmen mehrerer Programme für Chroniker („Active Health Management“) die Häufigkeit fehlender oder unzulänglicher Therapietreue im Bereich von fünf Medikamentengruppen für chronisch Kranke (zum Beispiel Antidiabetika, Antihypertonika) um sieben bis 14 Prozent verringert werden (Chernew Michael E. et al. 2008). In einer anderen Studie für Diabetiker, in der eine Senkung der Arzneimittelzuzahlung beim großen Frankiermaschinen-Hersteller „Pitney Bowes“ überprüft wurde, verbesserte sich nicht nur das Einnahmeverhalten wesentlich: Hinzu kam eine Senkung der Patientenzahlen, die eine Notfallstation aufsuchen mussten, um 26 Prozent und der durchschnittlichen Gesamtausgaben für Antidiabetika um sieben Prozent (Milliman Client Report 2008).

schende Lösung für viele Facetten mangelnder Therapietreue auf: spürbare Senkung der Zuzahlungen. Allein dadurch konnte beispielsweise im Rahmen mehrerer Programme für Chroniker („Active Health Management“) die Häufigkeit fehlender oder unzulänglicher Therapietreue im Bereich von fünf Medikamentengruppen für chronisch Kranke (zum Beispiel Antidiabetika, Antihypertonika) um sieben bis 14 Prozent verringert werden (Chernew Michael E. et al. 2008). In einer anderen Studie für Diabetiker, in der eine Senkung der Arzneimittelzuzahlung beim großen Frankiermaschinen-Hersteller „Pitney Bowes“ überprüft wurde, verbesserte sich nicht nur das Einnahmeverhalten wesentlich: Hinzu kam eine Senkung der Patientenzahlen, die eine Notfallstation aufsuchen mussten, um 26 Prozent und der durchschnittlichen Gesamtausgaben für Antidiabetika um sieben Prozent (Milliman Client Report 2008).

Bremer Zuzahlungsstudie

Ob solche Wirkungen durch entsprechende Anreize auch im deutschen Gesundheitswesen eintreten und damit eine Kehrtwende der Zuzahlungspolitik und -erwartungen notwendig ist, lässt seit Ende letzten Jahres die

Versandapotheke Sanicare von Gesundheitswissenschaftlern aus Bremen und Berlin in einer breit angelegten Studie untersuchen. Bei über 6.000 Kunden der Versandapotheke, die zur Behandlung ausgewählter chronischer Krankheiten regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen müssen, wird im Rahmen mehrerer inhaltlich umfassender, schriftlich standardisierter Befragungen derselben Personen (sogenanntes „echtes Panel“) erfasst, ob sich ihre Therapietreue verändert, wenn sie die Hälfte der Zuzahlungen erstattet bekommen.

Schon bevor die Zielgröße an Teilnehmer der Studie erreicht ist und die Therapietreue vor und nach der Reduktion von Zuzahlungen verglichen werden kann, weist eine erste Auswertung der Antworten der weitgehend für die Gruppe chronisch Kranker in der Bevölkerung repräsentativen 1.200 Personen auf eine Reihe gesundheits- und versorgungspolitisch interessanter Aspekte hin.

Kritik an Zuzahlungen

Auf die direkte Frage nach ihren Meinungen über Medikamenten-Zuzahlungen äußerten die Teilnehmer eine sehr harsche und durchgängige Kritik: Nur jeweils eine kleine Minderheit (zwischen sechs und 26 Prozent) stimmt Aussagen zu, bei denen Medikamentenzuzahlungen positiv bewertet werden. Lediglich zehn Prozent glauben an eine Verbesserung des Therapieerfolgs; nur 25 Prozent, dass durch Zuzahlungen eine bessere Adhärenz erreicht wird; nur 26 Prozent, dass dadurch Einsparungen im Gesundheitswesen erzielt werden. Und ebenfalls nur sehr wenige Befragte meinen, dass die Zuzahlungsregelungen durchaus zumutbare Belastungen für die Betroffenen mit sich bringen. Diese Kritik an Zuzahlungen findet sich weitgehend unabhängig von sozialstatistischen Merkmalen durchgängig bei vielen Bevölkerungsgruppen, Jüngeren und Älteren, Männern und Frauen.

Auf die direkte Frage, wie oft sie in den letzten zwei Wochen vergessen haben, ein Medikament so wie verordnet einzunehmen, gaben 20 Prozent an, dies sei zweimal oder öfter der Fall gewesen, bei weiteren 22 Prozent war dies einmal der Fall. Nach den Anlässen gefragt, wurde am häufigsten das schlichte „Vergessen“ genannt, was bei acht Prozent zweimal oder öfter, bei weiteren 23 Prozent einmal in zwei Wochen vorgekommen ist.

Auch schon jetzt gibt es einige Befunde, die – wenn sie sich weiter bestätigen – in gesundheitspolitischer Hinsicht praktische Bedeutung haben. So zeigt sich, dass die ärztliche Information und Beratung ein zentra-

les Instrument ist bzw. sein könnte, um die Medikamenten-Adhärenz zu steigern und erhebliche Kosten zu sparen. Aus der Abbildung geht hervor, dass die Nicht-Adhärenz (Befragte in Prozent, die in den letzten zwei Wochen zweimal oder öfter ihre Medikamente nicht eingenommen haben) dann besonders hoch ausfällt, wenn Patienten von Ärzten gar nicht oder nur sehr begrenzt über die verordneten Medikamente informiert wurden. Fehlen solche ärztlichen Informationen, liegt die Quote der Nicht-Adhärenz etwa anderthalbmal bis doppelt so hoch, als wenn der Arzt hierüber ausführlich informiert.

Neben der ärztlichen Information und Beratung hat sich im Rahmen der bisherigen Auswertung auch der Aspekt „Erfahrungen mit Medikamenten“ als wesentlicher Einflussfaktor erwiesen. So zeigt sich: Wer die gesundheitliche Wirkung der eingenommenen Arzneien eher skeptisch einschätzt, vergisst auch deutlich häufiger, ein Medikament einzunehmen. Bei Skeptikern findet sich Nicht-Adhärenz viermal so oft (43 Prozent) als bei Patienten, die von der Heilkraft ihrer Arzneien überzeugt sind (elf Prozent). Ähnliches gilt für Ängste vor erlebten früheren und befürchteten zukünftigen Medikamenten-Nebenwirkungen und auch Befürchtungen, abhängig zu werden. Nicht-Adhärenz findet sich bei solchen Ängsten zwei- bis fünfmal häufiger. Hinzu kommt, dass auch verwirrende und beunruhigende Informationen auf Medikamenten-Beipackzetteln eine vergleichbare Wirkung haben.

Arzt-Patient-Kommunikation

Wenn dieses Ergebnis sich erhärten sollte, werden damit aber auch konkrete Fragen aufgeworfen, die die Arzt-Patient-Kommunikation zum Zeitpunkt der Verordnung problematisieren. Da die Bremer Studie auch andere Faktoren untersucht, die nach bisherigen Erkenntnissen für die Therapietreue von Bedeutung sind (Schulungsprogramme für Chroniker, Medikamenten-Information auf dem Beipackzettel, Multimorbidität und Multimedikationen etc.), wären damit endlich einmal veränderbare gesundheitspolitische Rahmenbedingungen erfasst, die nicht ökonomischer Natur sind.

Dr. Bernard Braun, Prof. Gerd Glaeske und Dr. Gerd Marstedt vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen sowie Dr. Jens Holst, unter anderem Kooperationswissenschaftler am Wissenschaftszentrum Berlin

Die ausführlichen Literaturangaben sind unter <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Literaturliste-zuzahlungsaufsatz-EK.pdf> erhältlich.