

Kann die bessere Therapie weniger kosten?

Evidenzbasierte Hypertonie-Medikation: Ökonomische Auswirkungen ärztlichen Rezeptierverhaltens

JAMA

Würde hoher Blutdruck gemäss vorgeschlagenen Richtlinien behandelt, so rechnen Michael A. Fischer und Jerry Avon im JAMA vor, dann sparte dies nur schon bei den über Siebzigjährigen 1,2 Milliarden Dollar Medikamentenkosten pro Jahr ein.

Das Sozialversicherungssystem der USA ist völlig anders als das der Schweiz. Oft hinken daher Vergleiche zwischen den beiden Ländern, wenn amerikanische medizinökonomische Untersuchungen unreflektiert auf die Schweiz übertragen werden. Zumindest teilweise können hingegen die Ergebnisse von Studien übernommen werden, die berechnen, inwiefern das Verschreibeverhalten der Ärzteschaft Medikamentenkosten beeinflusst. Solch eine medizinökonomische Arbeit der Harvard Medical School, 2004 im JAMA erschienen, untersuchte, wie viel eingespart werden könnte, wenn Hypertonikerinnen strikt nach den Richtlinien des 7. Berichts des Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) behandelt worden wären.

Mehr als zwei Millionen Rezepte wurden geprüft, welche von einem grossen Kollektiv von 133 624 Patientinnen* mit einem Durchschnittsalter von 79,8 Jahren eingeleistet worden waren. Aufwändig und genau wurden Komorbidität und Medikamentenanamnese der einzelnen Patientinnen erhoben, doch da die Autoren nicht die Patientinnen untersuchten oder befragten und keinen Kontakt mit den verschreibenden Ärztinnen aufnahmen, räumten sie ein, dass in einigen Fällen Kontraindikationen gegen eine evidenzbasierte Medikation hätten vorliegen können. Es wurden zwei Gruppen gebildet: eine mit behandelten Hypertonikerinnen ohne weitere Leiden und eine mit Patientinnen mit zusätzlichen Erkrankungen wie Diabetes mellitus (45,3%), Herzinsuffizienz (55,6%), Status nach Myokardinfarkt (45,9%), Asthma und/oder COPD (43,4%), Angina pectoris (44,4%), Nephropathie (14,3%) oder benigne Prostatahyperplasie (11,5%). Sowohl in der Gruppe der Patientinnen mit Begleiterkrankungen wie in der Gruppe mit unkompliziertem Bluthochdruck wurde dann geprüft, ob ein Thiazididiuretikum zum aktuellen Zeitpunkt eingenommen wurde oder ob schon früher einmal damit behandelt worden war. War dies der Fall, wurde keine theoretische Substitution vorgenommen. War es nicht der Fall, wurde bei den Patientinnen, die ausschliesslich eine Hypertonie aufwiesen, ausgerechnet, was es gekostet hätte, wenn man gemäss den JNC-7-Richtlinien Thiazididiuretika gegeben hätte. Bei der Gruppe mit Komorbidität wurden gemäss Richtlinien und unter Beachtung der bestehenden zusätzlichen Leiden die Kosten für das

* 83,4 Prozent der Untersuchten waren Frauen. Mit sämtlichen weiblichen Formen im Text sind auch Männer gemeint.

Merk-sätze

- Viele Ärzte verschreiben Antihypertensiva nicht nach den Empfehlungen des JNC-7.
- Durch eine den Leitlinien angepasste Verschreibung liesse sich (in den USA) etwa ein Viertel der Kosten für die Behandlung des Hochdrucks einsparen.

eigentlich angezeigte Antihypertonikum berechnet.

Laut JNC-7-Richtlinien sind Thiazididiuretika die erste Wahl bei Patientinnen, die keine Kontraindikationen dafür aufweisen oder die nicht wegen Begleiterkrankungen ein anderes Antihypertonikum bekommen sollten. Bei diesen Patientinnen wurden zudem die Kosten für Kaliumkontrollen und -medikation addiert. ACE-Hemmer sind für Patientinnen mit Herzinsuffizienz oder Diabetes mit Nephropathie die angezeigte Therapie, für Letztere kommen ebenfalls als Mittel der ersten Wahl Angiotensin-Rezeptoren-Blocker in Frage. Betablocker wurden bei Patientinnen mit ischämischen Herzleiden als Mittel der Wahl einkalkuliert, es sei denn, dass sie zusätzlich unter Asthma, COPD oder Herzinsuffizienz litten.

815 316 Verschreibungen, also zirka 40 Prozent des untersuchten Kollektivs, waren nicht nach dem neuesten Stand des Wissens erfolgt. Gemäss evidenzbasierten Richtlinien wäre eine andere Medikation angezeigt gewesen, und in den meisten Fällen, nämlich bei 631 951 Verschreibungen (31% aller Rezepte), wäre diese sogar

Kann die bessere Therapie weniger kosten?

preisgünstiger gewesen. Höhere Kosten durch evidenzbasierte Medikation wären bei 9 Prozent entstanden.

11,6 Millionen Dollar liessen sich einsparen

Insgesamt hätte evidenzbasiertes Verschreiben 11,6 Millionen Dollar im Studienjahr eingespart, was 24 Prozent der Gesamtkosten für Antihypertonika gleichkommt. Am häufigsten wurden Kalziumantagonisten zu Unrecht verschrieben, nämlich bei fast der Hälfte der Rezepte. Die grösste Ersparnis wäre zu bewerkstelligen gewesen, wenn zugunsten von Thiaziddiuretika auf Kalziumantagonisten und Kombinationen, die Kalziumantagonisten enthal-

ten, verzichtet worden wäre. 23 Prozent der verschriebenen ACE-Hemmer wären durch Thiaziddiuretika ersetzbar gewesen. Falsch verschriebene Betablocker, die durch ACE-Hemmer hätten ersetzt werden sollen, schlugen mit potenziellen Mehrkosten von 570 000 Dollar zu Buche. Ist das Verschreibeverhalten von Schweizer Ärztinnen mit dem von amerikanischen Ärztinnen vergleichbar? Werden auch hierzulande zu viele teure Antihypertensiva rezeptiert? Könnte das schweizerische Gesundheitswesen auch Medikamentenkosten einsparen, wenn man sich an geltende Richtlinien halten würde? Diese Fragen sollten medizinökonomische Studien beantworten. Doch was sind die Gründe für das Abweichen von evidenz-

basierten Guidelines? Vermutlich hierzulande genau dieselben, wie die Autoren es für die USA postulieren: unter anderem das aggressive Vermarkten von neuen, teureren Produkten durch die pharmazeutische Industrie, was Ärztinnen wie Patientinnen gleichermaßen beeinflusst. ●

Fischer M.A., Avorn J.: Economic Implications of Evidence-Based Prescribing for Hypertension. JAMA 2004; 291: 1850–1856.

Annette Thommen

Interessenlage: Die JAMA-Autoren geben keinerlei Interessenkonflikte an.

