



Dr. Christoph Reisner
www.wahlarzt.at

Lucrum Retard – „Verlangsamt wirkender Gewinn“

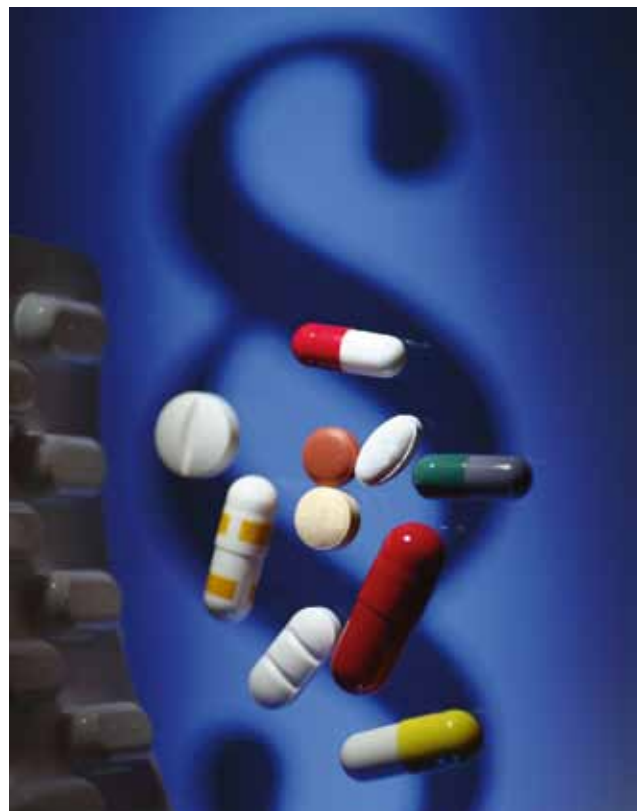
Am Beispiel Medikamente ist die gesundheitspolitische Ausrichtung in Österreich klar erkennbar: Die Krankenkassen werden finanziell ausgehungert, suchen nach Lösungsansätzen und versteifen sich auf die Aussage, dass die Probleme vor allem im Zuwachs der Heilmittelkosten liegen. Wer ist schuld? Selbstverständlich die Ärzteschaft, die in ihrer unendlichen Gier nur teure Medikamente verschreibt, da sie möglicherweise selbst davon profitiert. Was aus Ärztesicht an Unlogik nicht zu überbieten ist, wird von der Öffentlichkeit bereitwillig geschluckt. So ist es auch nicht verwunderlich, wenn sich verschiedene Ansätze zur ökonomischen Verschreibung wie etwa das „Salzburger Modell“ einführen lassen, obwohl dabei neben der Arzneimittelsicherheit auch die Gesetzeslage auf der Strecke bleibt.

Die Experten sind sich einig

Ein wichtiger Schritt in Richtung ganzheitlicher Betrachtung und Steuerung der Medikation wäre das Projekt E-Medikation. Damit ließe sich eine ganze Menge Probleme lösen. Nicht nur, dass durch ein falsches Medikamentenmix eine große Anzahl an Folgeerkrankungen entsteht, die durch ein sinnvoll angelegtes E-Medikationsprojekt vermieden werden können. Mit sinnvoll angelegter E-Medikation könnte durch Vermeidung von unzähligen Doppel- und Mehrfachmedikationen auch enormes Sparpotenzial für das öffentliche Gesundheitssystem erzielt werden. Um die E-Medikation funktionsfähig zu machen, sind jedoch noch einige Grundvoraussetzungen notwendig. Das Ganze kann auch nur dann funktionieren, wenn verpflichtend alle Medikamente von Ärzten und Apothekern eingetragen werden.

Apothekerschaft nicht kompromissbereit

Selbst bei der Arzneimittelzulassungsbehörde versteht man die Weigerung der Apothekerkammer nicht, rezeptfreie Medikamente in die E-Medikation aufzunehmen. Diese Behörde hat sogar versucht, einen Kompromiss zu erwirken und die Liste auf die etwa 80 rezeptfreien Medikamente mit gefährlichem Wechselwirkungspotenzial reduziert. Doch selbst dieses Kompromissangebot wurde seitens der Apothekerschaft abgelehnt. Auf eine Presseaussendung der NÖ Ärztekammer zu diesem Thema wurde wie üblich in Ermangelung derselben nicht mit Argumenten reagiert, sondern mit Polemik. Die Redaktion einer standespolitischen Apothekerzeitschrift fand unsere Meinung sogar so wertvoll, dass sowohl im Editorial als auch in einer Kolumne darüber befunden wurde. Ein Kammerfunktionär wurde hierbei sogar als (Faschings)Narr bezeichnet. Dabei hat der zuständige Redakteur den wirklichen Lösungsansatz in seiner eigenen Faschings-



laune noch selbst geliefert: Nämlich dass viele der bestehenden Probleme auf einen Schlag gelöst werden könnten, und zwar durch eine flächendeckende Ausstattung der Ordinationen mit patientenfreundlichen ärztlichen Hausapotheken.

Warum spielt das „Rosa Rezept“ keine Rolle?

Aber gibt es überhaupt ein öffentliches Gesundheitssystem? Der Wegfall des „Rosa Rezepts“ in Niederösterreich spricht Bände in Bezug auf die gesundheitspolitische Ausrichtung in Österreich bzw. auf das „nicht vorhanden sein“ einer gesundheitspolitischen Ausrichtung. Die Kommentare vieler Ärzte decken sich mit der Begründung von NÖGUS und NÖ GKK, das „Rosa Rezept“ hätte fast keine Rolle gespielt. Logisch, da es nur für Medikamente aus der grünen Box verwendet werden durfte. Und genau das hat die Verantwortlichen in den Krankenhäusern nicht interessiert. Dort ist man nicht verpflichtet, sich an die Erstattungsrichtlinien des Hauptverbandes zu halten. Und es wird auch nicht getan. Grund dafür ist die gängige Praxis des „Anfütterns“ (in Deutschland gebräuchlicher Ausdruck für diesen dort ähnlichen Zustand): Im Kassensbereich „verschreibungsproblematische“ Medikamente werden den Krankenhäusern billig oder gratis zur Verfügung gestellt. Wohl wissend, dass



die Umstellung im niedergelassenen Bereich oft schwierig bis unmöglich ist. Nach dem Prinzip „Lucrum Retard“ – Der „verlangsam wirkende Gewinn“ rechnet sich das offenbar für die Pharmaindustrie. Durch tendenziell überhöhte Preispolitik im niedergelassenen Bereich, was sich deutlich im zweistelligen Prozentbereich abspielt.

Warum müssen Spitäler die volkswirtschaftliche Ökonomie nicht beachten?

Gesundheits- und gesellschaftspolitisch ist dieser Zustand ein Wahnsinn. Wir hören täglich, dass die Krankenkassen sparen müssen und dass die Medikamente als Hauptfaktor für die Kostenexplosion verantwortlich sind. Solange es jedoch keine Möglichkeit gibt, die Spitäler an die gleichen Ökonomierichtlinien zu binden, die im niedergelassenen Bereich vorherrschen, sind alle Versuche in diesem Bereich zu sparen zum Scheitern verurteilt. Tatsächlich erzeugt diese Situation nicht nur erhebliche Mehrkosten für das Gesamtsystem, sondern auch eine dramatische Verschiebung der Kostenwahrheit von den Spitälern zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Und wir Ärztinnen und Ärzte vergeuden eine unendlich große Menge unserer medizinischen Zeit (natürlich unbezahlt) nicht für Medizin, sondern für medikamentöse Umstellungen, die bei vernünftiger ganzheitlicher Koordination überhaupt nicht notwendig wären.

Reformen statt Alibiaktionen wären notwendig

Für mich ist die Auflösung der Rezepturbefugnis - obwohl in der Praxis kaum relevant - daher ein weiteres, ganz klares Zeichen dafür, dass die Entscheider im Gesundheitssystem keinerlei Interesse daran haben können, das System auf solide Beine zu stellen. Durch diese Art von „Misswirtschaft“ werden hunderte Millionen Euro vernichtet oder in die falschen Kanäle geleitet. Statt echte, zielführende Reformen durchzuführen werden Ärzte- und Patientenschaft immer wieder durch Alibiaktionen beim Behandlungsprozess gestört. Ich hoffe nur, dass NÖGUS und NÖ GKK ihre Ankündigung wahr machen und wenigstens ein Pilotprojekt hinsichtlich der Rezepturbefugnis im Spital unter Anwendung des im niedergelassenen Bereich verpflichtenden Arzneimittelbewilligungssystems durchführen. Nur wenn wir die Verschreibungsrichtlinien zwischen allen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen gleichschalten, kann es gelingen, die Medikamentenkosten in den Griff zu bekommen.

DR. CHRISTOPH REISNER
Präsident der NÖ Ärztekammer

NÖ Ärztekammer zeigt sich solidarisch mit den protestierenden Richtern und Staatsanwälten

Der Protest ist ein klarer Ausdruck, dass der Staat seinen ureigenen Aufgaben immer weniger nachkommt

Das Präsidium der NÖ Ärztekammer entschied, sich solidarisch mit den protestierenden Richtern und Staatsanwälten zu erklären. „Dieser Protest ist ein ganz klarer Ausdruck einer Unzufriedenheit mit immer gravierenderen Problemen in Bereichen, in denen der Staat zwar lenkt oder lenken sollte, aber immer weniger seiner Verantwortung nachkommt“, so der NÖ Ärztekammerpräsident Dr. Christoph Reisner.

Er kritisiert besonders den mangelnden Weitblick, den die Politik bei der Justiz, im Bildungswesen wie im Gesundheitswesen an den Tag legt: „Hierbei handelt es sich um Bereiche, in denen weiter gedacht werden muss als bis zur nächsten Wahl. Justiz, Bildung und Gesundheit sind wesentliche Säulen unserer Gesellschaft, hier müssen mittelfristige und langfristige Ansätze mit Perspektive erfolgen, und kein Kaputtsparen, für das dann später niemand verantwortlich gewesen sein will.“

Parallelen zum Gesundheitsbereich erkennbar

Präsident Dr. Reisner erkennt hierbei deutliche Parallelen zum Bildungsbereich, aber speziell zum Gesundheitswesen: „Auch die Arbeitsbedingungen aller Ärztinnen und Ärzte werden immer schlechter. Dies wird immer mit fehlendem Geld begründet.“ Dies ist jedoch aus seiner Sicht der falsche Ansatz. „Das Geld ist da, wird aber in falsche Kanäle geleitet. Alleine in Niederösterreich werden in den kommenden Jahren Milliardenbeträge in Spitalsbauten investiert. Für die ärztliche Leistung selbst will man jedoch immer weniger Geld in die Hand nehmen.“

Er appelliert daher an die zuständigen Politiker, die Aufschreie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im „öffentlichen Dienst“ ernst zu nehmen und sinnvolle Reformkonzepte mit Weitblick anzudenken. „Wenn wir in den Problembereichen des öffentlichen Dienstes nicht gemeinsam an Systemoptimierungen unter Berücksichtigung der Arbeitsbedingungen tätig werden, brauchen wir uns auch nicht zu wundern, wenn eines Tages - wie in früheren Zeiten schon einmal dagewesen - Planstellen mangels Attraktivität für den Arbeitnehmer nicht mehr besetzt werden können“, so das Resümee von Präsident Dr. Reisner.

Presseinformation vom 26. Februar 2010



Dr. Wolfgang Geppert
geppert@aon.at

Querfinanzierung auf Kosten der Kassenmedizin

Nirgends zeigt sich der Unterschied zwischen intra- und extramuraler Gesundheitsversorgung deutlicher als im Medikamentenbereich. Während die Funktionäre von Hauptverband (HV) und Krankenkassen (KK) aus dem Wehklagen über steigende Arzneimittelkosten im niedergelassenen Bereich nicht herauskommen, verlieren die Spitalerhalter kein einziges Wort über diesen Kostenfaktor. Die künstliche Trennung der vermeintlich großen Einheit „Gesundheitssystem Österreich“ ist in diesem Bereich zum Nachteil der KK perfekt vollzogen. Die Tatsache, dass Österreichs Spitäler tonnenweise Gratismedikamente zur Verfügung gestellt bekommen, wird unter den sprichwörtlichen Teppich gekehrt. Die Finanziere der beschenkten Krankenanstalten meiden diesen Themenkreis wie der Teufel das Weihwasser. Jede andere Version, als die jetzt gelebte, wäre für die Spitäler mit Mehrkosten verbunden. Das Schweigen der Sozialversicherer über diese Ungleichbehandlung hingegen, lässt keine logische Erklärung zu. Insider fragen kopfschüttelnd: „Warum bleiben die Kassenbosse in Kenntnis dieser großzügigen Geschenke so ruhig und gelassen? Glauben die womöglich noch an den Weihnachtsmann, der Originalwaren in diesen Mengen schenken kann, ohne dass irgendwer dafür die Zeche zahlen muss?“ Nein, die wissen ganz genau, jede einzelne, den Krankenanstalten geschenkte Medikamentenpackung, muss mit einem überhöhten Kassenpreis im extramuralen Bereich querfinanziert werden! Bei einschlägigen Diskussionsrunden kommt bei diesem Themenkreis folgender Einwand: „Österreichs Krankenhäuser unterstehen meist dem Bund, den Ländern oder den Gemeinden. Die schreiben alle tief rote Zahlen. Beim Zwang, für jede Medikamentenpackung selbst nur den Fabrikabgabepreis zu berappen, wären die Spitäler finanziell am Ende.“ Das Gegenargument für diese Ausrede liegt auf der Hand: Auch private Spitalsträger scheuen vor Annahme von Gratisware nicht zurück! Ist es moralisch vertretbar, dass Sozialversicherungsanstalten den Medikamentenaufwand privater Institutionen querfinanzieren?

Handlungsbedarf hat der Hauptverband

Auf ein gesetzliches Verbot der Gratisbelieferung von Anstaltsapotheken werden wir vermutlich noch lange warten. Zu groß ist die Angst von Bund, Ländern und Gemeinden, dass damit der finanzielle Aufwand für die Krankenhäuser noch größer werden könnte. An gerechte Lastenverteilung denkt schon lange keiner mehr. Da ist es schon einfacher, auf den HV und die KK hin zu hacken: „Die sollen mehr bei ihrer Verwaltung sparen und die Ausreden von den explodierenden Medikamentenkosten bleiben lassen.“ Der HV gibt die Schelte weiter: „Wir sind frei von Schuld. Unsere Vertragsärzte verschreiben zu großzü-

gig!“ Statt sich gegenseitig den schwarzen Peter zuzuschieben, wäre es für die Angegriffenen ratsamer, nach Kostenwahrheit zu streben. HV und Kassen haben die einmalige Gelegenheit, den Medikamentenaufwand mit einem Schlag um sieben bis zehn Prozent zu senken. In dieser Schwankungsbreite liegen die Berechnungen der Experten. Um diese Prozentsätze wäre die Gesamtheit der kassenzulässigen Medikamente günstiger zu haben, wenn Österreichs Krankenanstalten für jede Arzneimittelpackung den korrekten Preis bezahlten. Bis zu einer gesetzlichen Regelung dieser Art, für die es keinen Zeithorizont gibt, braucht der HV nicht untätig zu sein. Schließlich stellen „seine“ Krankenversicherungsanstalten, in Summe gesehen, den größten Zahler im Medikamentenbereich dar. So ein Großkunde kann schon die Muskeln spielen lassen. Zum Beispiel für ein Präparat nur den Betrag als Kassenpreis zulassen, der von den Spitalsträgern geleistet wird.

Leitfaden einer Anstaltsapothek


Die beiliegend abgedruckten Verhaltensregeln dienen zur weiteren Erläuterung. Um dem Überbringer der Drucksorte berufliche Schwierigkeiten zu ersparen, wurden einige Zeilen unleserlich gemacht. Soviel kann trotzdem gesagt werden: Es sind die Vorgaben eines großen Krankenhauses, welches sicher in dieser Angelegenheit keine Sonderstellung einnimmt. Am Thrombozytenaggregationshemmer Clopidogrel sollen die Preisunterschiede zwischen Drinnen und Draußen dargestellt werden. Die Substanz wurde bisher einzig und allein von der Firma Sanofi-Aventis GmbH auf den Markt gebracht. „Plavix“ heißt der Platzhirsch. Das Präparat wird seit 10 Jahren bei Schlaganfällen, Herzinfarkt und peripherer arterieller Verschlusskrankheit eingesetzt. Bei den betroffenen Kranken war und ist „Plavix“ ein Begriff. Jetzt kommen die Nachahmer auf den Markt. Für uns Verschreibende wird es schwer genug werden, den Zungenbrecher „Clopidogrel“ in den Wortschatz der Herz- und Gefäßpatienten einzubauen. Unabhängig davon ist es Firmen in Österreich erlaubt, für Generika Fantasie-Bezeichnungen zu verwenden. Die langjährige Forderung von uns Hausärzten, die Bezeichnung jedes Nachbauproduktes mit dem Wirkstoffnamen beginnen zu lassen, wurde in den Wind geschlagen. Verwechslungen und Verwirrungen sind damit Tür und Tor geöffnet. Oft wird der Firmenname gleich in die Produktbezeichnung eingebaut. So geschehen beim ersten Nachbau dieser Wirkstoffkomponente, der mit Anfang Februar die Kassenzulässigkeit bekommen hat. Clopidogrel von der Firma Hexal heißt nicht wie logisch vorgegeben „Clopidogrel Hexal“, sondern „Clogrelhexal“. Da soll sich noch einer auskennen.

Plavix: 16,80 Euro versus 64,95 Euro

Nehmen wir die 28-Stück-Packung Plavix her. Für diese zahlen die Krankenanstalten derzeit exakt 16,80 Euro (siehe letzte Zeile des nebenstehenden Dokuments). Es gibt kein vernünftiges Argument, warum der HV für eine Packung dieser Spezialität einen Kassenpreis von 64,95 Euro zulässt. So ganz nebenbei sei erwähnt, dass der Privatverkaufspreis von dieser Einheit Plavix im Vergleich zum Krankenhauspreis fünfmal so hoch ist: 89,20 Euro. Es wird nicht lange dauern bis die Kassen uns Vertragsärzte auffordern werden, statt Plavix eines der jetzt zugelassenen Generika zu verschreiben, zum Beispiel „Clo-grelhexal“. Argumentation der Sozialversicherer: Hier betrage der Kassenpreis einer 30iger Packung nur 28,15 Euro. Ein Blick auf unsere Liste genügt und der von solchen Zahlenspielerereien gelangweilte Vertragsarzt kann erwidern: „Na nehmen wir doch gleich das Clopidogrel von Sandoz. Das gibts im Krankenhaus zum Nulltarif.“

In Ungnade gefallen

Zur medikamentösen Therapie der überaktiven Harnblase wird seit vielen Jahren der Wirkstoff Trosipiumchlorid eingesetzt. Neu am Markt ist eine 60mg-Darreichungsform zur Einmal-täglichen-Therapie: „Urivesc 60mg retard Dragees“. Das Präparat kann von uns Vertragsärzten ohne chefärztliche Einschränkung verordnet werden und ist der Kasse in der 28-Stück-Packung 25,75 Euro wert. Günstig? Nur bedingt, denn dem besagten Krankenhaus wird die Neueinführung kostenlos zur Verfügung gestellt. Doch selbst wer günstig liefert oder über lange Zeit schenkt, kann plötzlich in Ungnade fallen. So vermutlich geschehen mit dem niedermolekularen Heparin „Lovenox“. Nach Jahren der offensichtlichen Bevorzugung im Krankenhausbereich folgt jetzt das jähe Ende dieser Vormachtstellung: „Aus der Arzneimittelliste gestrichen! Ausnahme Kardiologische Indikation.“ Die neuen Liebkinder auf dem Heparin-Sektor stehen schon bereit: „Fragmin“, „Ivor“ und „Ivorat“. Für die Spitalskoleginnen und -kollegen heißt es umdenken und „Lovenox“ aus



Anstaltsapotheke
APO-INFO
Jänner 2010

vom 13.1.2010

Umstellung Niedermolekulare Heparine

Neu in der Arzneimittelliste	Aus der Arzneimittelliste gestrichen Ausnahme: Kardiologie
Fragmin 2.500 I.E. Fspr. kostenlos	Lovenox 20mg Fspr.
Fragmin 5.000 I.E. Fspr. kostenlos	Lovenox 40mg Fspr.
Fragmin 7.500 I.E. Fspr.	Lovenox 60mg Fspr.
Fragmin 10.000 I.E. Fspr.	Lovenox 80mg Fspr.
Fragmin 12.500 I.E. Fspr.	Lovenox 100 mg Fspr.
Fragmin 15.000 I.E. Fspr.	
Fragmin 18.000 I.E. Fspr.	
Fragmin 10.000 I.E. Stechamp. zu 4ml kostenlos (Dialyse)	Lovenox 100mg / 10ml St.amp.

Weitere gelistete niedermolekulare Heparine:

Ivor I/jsg	2.500 I.E., 3.500 I.E.	kostenlos
Ivorat Fspr	5.000 I.E., 7.500 I.E., 10.000 I.E.	kostenlos

weitere Aufnahmen in die Arzneimittelliste

Ebixa 20mg Ftbl	Memantine	kostenlos
Ebixa 5mg/10mg/15mg Ftbl (Starterpackung)		
Axura 20mg Ftbl		
Axura 5mg/10mg/15mg Ftbl (Starterpackung)		

Urivesc 60mg retard Dragees	Trosipiumchlorid	kostenlos
-----------------------------	------------------	-----------

Clopidogrel Sandoz 75mg Ftbl: kostenlos

4.1 Anwendungsgebiete
Clopidogrel ist bei Erwachsenen indiziert zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei:

- Patienten mit Herzinfarkt (wenige Tage bis 35 Tage zurückliegend), mit ischämischem Schlaganfall (7 Tage bis 6 Monate zurückliegend) oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit.
(Der Fachinformation der Fa Sandoz 09/2009 entnommen)

zum Vergleich: **Plavix 75mg 16,80 / 28 Stk**

1

dem Gedächtnis zu streichen. Das klein gedruckte Zauberwort „kostenlos“ macht die Neuen zu den Favoriten in dieser Sparte. Diese Beeinflussung der Krankenhausärzte schlägt sich auch auf ihre Empfehlung im Entlassungsbrief samt Ausstellung eines Privatrezeptes nieder. Genau das wollen die Pharmafirmen mit ihren großzügigen Lieferungen zum Nulltarif an Anstaltsapotheken bewirken. Warengeschenke dieser Art führen zu Umsatzsteigerungen im Einzugsgebiet des entsprechenden Spitals.

DR. WOLFGANG GEPPERT

Ansätze zur Heilmittelökonomie aus Sicht der Zulassungsbehörde

Die Verantwortung für die Verschreibung liegt alleine beim Arzt und das sollte aus medizinischer Sicht auch so bleiben

Dr. Christoph Baumgärtel ist Leiter der Abteilung für medizinische Bewertung im Rahmen der Zulassung von Arzneimitteln der AGES PharmMed. Wir haben ihn zu Aut-idem, Salzburger Modell, E-Medikation und weiteren Möglichkeiten sowie Grenzen der Arzneimittelökonomie befragt.

Consilium: *Wie ist Ihre grundsätzliche Einstellung gegenüber dem Thema Generika?*

Baumgärtel: Wir sind von Zulassungsseite natürlich schon lange mit dem Thema Generika beschäftigt. Hier gibt es Interessensvertreter, die für Generika Stellung nehmen und natürlich auch Ablehner. Unsere Aufgabe ist es, eine objektive und neutrale Stellung einzunehmen und auch

aufklärend tätig zu werden. Wenn wir ein Generikum zulassen, ist sowohl die Sicherheit als auch die Wirksamkeit gegeben. Geprüfte Generika haben auch ein identes Neben- und Wechselwirkungsprofil. Wir stehen daher dazu, dass Generika grundsätzlich sehr gut als Ersatz für ein Originalprodukt verwendet werden können. Es mag wohl einzelne Bereiche oder Wirkstoffe geben, wo ein Austausch nicht immer so einfach möglich ist, wie etwa bei manchen Immunsuppressiva. Das ist aber, wenn relevant, in der Fachinformation als Hinweis kundgetan.

Consilium: *Was hat Sie an der „Salzburger Liste“ überrascht?*

Baumgärtel: Für mich war überraschend,

dass in der Salzburger Liste eine Art „Aut simile“ vorgesehen war. Wenn es eine gewisse Hilfestellung für den Arzt gibt, die auf ähnliche Wirkstoffe hinweist, ist das aus meiner Sicht anders zu sehen als ein mehr oder minder implizierter Zwang. Die Frage ist also, wie das angewendet wird. In den ersten Aussendungen hatte es den Anschein, dass bei Eingabe des gewünschten Wirkstoffs in das entsprechende Tool mitunter ein Präparat mit einem anderen Wirkstoff grün hinterlegt war, während das Arzneimittel mit dem eigentlich gewünschten Wirkstoff in manchen Fällen rot hinterlegt, also nach ersten Aussagen nicht erstattungsfähig war. Das wurde zwar mittlerweile rückgängig gemacht, hat mich und wohl auch viele



andere trotzdem verwundert. Wenn etwas nicht erstattungsfähig ist, bedeutet das einen Zwang, etwas anderes zu verwenden. Und das kann im Bereich, wo ein Arzt eine Therapie individuell zu erstellen und zu verantworten hat, nicht gut und zielführend sein. Ich kenne zahlreiche Beispiele, wo ein Aut simile definitiv nicht angebracht ist, aber zumindest bereits angedacht war. Etwa bei Protonenpumpeninhibitoren oder bei gewissen Antidepressiva. Eine Liste kann niemals zu einer allgemein gültigen Aussage führen, dass ein Wirkstoff durch einen ähnlichen Wirkstoff für jeden Patienten austauschbar wäre, da immer der individuelle Faktor Patient, inklusive seiner spezifischen Vorerkrankungen und Ko-Medikationen mitberücksichtigt werden muss.

Consilium: *Wer hat eigentlich zu bewerten, ob Wirkstoffe identisch bzw. für den Patienten geeignet sind?*

Baumgärtel: Im Rahmen der Zulassung überprüfen wir Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln, also das Verhältnis von Nutzen zu Risiko. Ist dieses Verhältnis positiv kann eine Zulassung erteilt werden. Die Diskussion, ob ein neuer Wirkstoff in Bezug auf seine Kosten einen Mehrwert hat und welchen Preis er verdient, wird hingegen vom Hauptverband und dessen Heilmittellevaluierungskommission HEK geführt. Die Entscheidung, ob ein zugelassenes Arzneimittel aber tatsächlich am bestimmten Patienten angewendet wird, trifft immer der Arzt unter Kenntnis der jeweiligen Gesamtsituation. Eine weitere Möglichkeit,

Licht in Sinn oder Unsinn und vor allem die Kosteneffizienz einer Arzneimitteltherapie zu bringen, sind so genannte HTA-Assessments. Bei solchen Prüfungen werden verschiedene Wirkstoffe speziell in Relation zu Wirksamkeit, Sicherheit und Preis gesetzt (siehe Kasten). So etwas gibt es außer den Tätigkeiten der HEK jedoch in Österreich bislang nur selten. Es gibt zwar mehrere Institutionen, die das in Beauftragung als Dienstleistung anbieten, aber eine übergeordnete Institution, die das für alle Arzneimittel automatisch durchführt, gibt es in der Form bislang nicht. Ob ähnliche Wirkstoffe sich für ein Aut-simile eignen wird im strengen Sinne ebenfalls nicht bewertet. Für Fragen bezüglich der Salzburger Liste wurde übrigens von der PMU Salzburg angebo-

PharmMed

Die AGES PharmMed (Austrian Medicines and Medical Devices Agency) besteht seit 2006 und nimmt die klassischen Aufgaben einer Arzneimittelbehörde eines Staates wahr. Bis 2006 waren ihre Agenden im Gesundheitsministerium angesiedelt. Die AGES PharmMed ist mit einer Vielzahl von Aufgaben in der Arzneimittelzulassung, der klinischen Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, der Pharmakovigilanz und Vigilanz im Bereich der Medizinprodukte und im Inspektionswesen betraut.



Dr. Christoph Baumgärtel ist Leiter der Abteilung medizinische Bewertung des Institutes für Zulassung & LCM (Zulassungen und Änderungsverfahren im Arzneimittelwesen) der AGES PharmMed. In dieser Abteilung werden die Sicherheit und die Wirksamkeit von Medikamenten beurteilt. Auch die Einstufung des Rezeptpflichtstatus gehört zum Aufgabenbereich. Etwa 80 Prozent der Zulassungsanträge beziehen sich auf generische Medikamente. Nach dieser Zulassung dürfen die Medikamente gehandelt werden. Bepreisung und die Erstattungsfähigkeit sind ausdrücklich keine Angelegenheit dieser Organisation.

ten zu bewerten, ob Wirkstoffe untereinander austauschbar sind. Das ist jedoch verwunderlich, da man kein brauchbares Assessment anbieten kann, wenn kein voller Zugang zu den dafür benötigten Daten besteht. Unter diesem Hintergrund sind „Aut-simile-Listen“ sehr mit Vorsicht zu genießen. So wissen wir etwa bei den Antidepressiva der SSRI-Klasse, dass sie nicht für jeden Patienten gleich sind. Trotzdem sind sie in der Salzburger Liste als austauschbar definiert. Wenn etwa eine Frau nach Brustkrebs Tamoxifen einnimmt, ist es sehr relevant, welches Antidepressivum genommen wird. Bei Paroxetin etwa kann die Wirkung von Tamoxifen herabgesetzt und die Rückfallgefährdung für Brustkrebs erhöht werden.

Consilium: *Wer übernimmt denn dann die Verantwortung?*

Baumgärtel: Das ist aus meiner Sicht eine wichtige Frage. Dem Arzt hilft wahrscheinlich vor dem Strafrichter keine Ausrede auf die Ökoliste. Mir persönlich ist unklar, wie der Grad des Drucks auf

die Ärzte einzuschätzen ist. Man hört alles von „Kassenvertragsverlust“ über „amikale Gespräche“ bis hin zur vollkommenen Freiwilligkeit, sich an die Salzburger Liste zu halten. Tatsache ist, dass die Ärzte unter einen verstärkten Druck kommen und ich der Ärzteschaft generell anraten

„Es wäre natürlich viel gescheiter, wenn auch die Spitäler ökonomisch verschreiben würden und man sich die Umstellung in der Niederlassung sparen würde.“

würde, eine gewisse Bereitschaft zur ökonomischen Verschreibung an den Tag zu legen. Hierfür würde die Ökoliste ausreichen. Es muss lediglich gewährleistet sein, dass diese als Vorschlag oder Empfehlung für den Arzt gesehen wird. Eine individuelle Therapieentscheidung und Verantwortung kann und wird so eine Liste nicht abnehmen. Dass die Ärzteschaft vermehrt unter Druck gerät, hat sie sich aber teilweise selber zuzuschreiben. In den ver-

gangenen Jahren ist dort einfach zu wenig in Richtung Heilmittelökonomie passiert.

Consilium: *Welchen Einfluss haben Gratis- und Billigliefierungen von Medikamenten in Spitäler?*

Baumgärtel: Folgeverschreibungen sind sicherlich ein gewisses Problem. In den Spitälern werden häufig Patienten auf teure Originalpräparate eingestellt. Für niedergelassene Ärzte ist es dann oft sehr schwierig, die Medikation umzustellen. Der Aufwand ist beträchtlich. Es wäre natürlich viel gescheiter, wenn auch die Spitäler ökonomisch verschreiben würden und man sich die Umstellung sparen würde. Der Arzt kommt hierbei in eine sehr unangenehme Situation gegenüber dem Patienten und hat zusätzlich einen Mehraufwand, der nicht abgegolten wird. Andererseits wird überhaupt nicht honoriert, wenn der Arzt dem System beim Sparen hilft.

Consilium: *Was halten Sie von der Aut idem Regelung in Salzburg, wonach Apo-*



Health Technology Assessment

Health Technology Assessment (HTA) bzw. Medizintechnik-Folgenabschätzung bezeichnet einen Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Untersucht werden dabei Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, jeweils unter Berücksichtigung sozialer, rechtlicher und ethischer Aspekte. Das Ergebnis einer HTA-Studie wird in der Regel als HTA-Bericht veröffentlicht. Dieser soll primär als Entscheidungshilfe bei gesundheitspolitischen Fragestellungen dienen. Dazu würde unter anderem die Übernahme von Innovationen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Quelle: Wikipedia

theke berechtigt sind, im Rahmen einer bestimmten finanziellen Bandbreite eigenmächtig die Medikation zu ändern?

Baumgärtel: Die Verantwortung für die Verschreibung liegt grundsätzlich beim Arzt und das sollte aus medizinischer Sicht auch so bleiben. Mir gefällt daher auch überhaupt nicht, wenn Apotheker beim Salzburger Modell in einem gewissen Rahmen eine Art Entscheidungsfreiheit hätten. Was im Übrigen auch nicht der bestehenden Rechtslage entspricht. Ich habe jedoch gehört, dass diese Gelegenheit auf die ohnehin schon bestehende gesetzliche Ausnahmeregelung zurückgefahren wurde. Unklar ist, warum ein Aut idem, wenn man es schon einführen will, beim Apotheker liegen muss. Eine Liste mit den günstigsten Präparaten kann nicht nur der Apotheker einsehen, das kann selbstverständlich auch der Arzt. Er müsste sie nur verlässlich anwenden. Ich bezeichne dieses Modell als „doc-idem“ anstelle von „aut-idem“. Dann wäre der Bedarf nach Umsetzung durch den Apotheker nicht mehr gegeben und der Ball läge dort, wo er hingehört, nämlich beim Arzt. Im Detail stellt sich natürlich auch die Frage der Praktikabilität, weil die Preise ständig wechseln. Macht es Sinn, wegen einigen wenigen Cent Unterschied zu wechseln? Man darf nicht vergessen, dass mit jeder Umstellung potenziell auch ein Compliance- bzw. ein Adherence-Problem gegeben sein kann. Es wird nicht sinnvoll sein, bei wechselnden Preislisten den Patienten wegen ein paar Cent rhythmisch umzustellen. Wenn er einmal auf ein akzeptables, billiges Präparat umgestellt ist, sollte es reichen.

Consilium: Wo würden Sie den Hebel für ökonomische Verschreibung ansetzen?

Baumgärtel: Ich glaube, dass durch einen verantwortungsvollen Umgang der Ärzte mit der Ökonomie schon einiges erreicht werden könnte. Ansonsten ist es gerade



„Ich kann aus fachlicher Sicht die Weigerung der Apothekerkammer nicht verstehen, rezeptfreie Medikamente in die E-Medikation aufzunehmen.“

im Bereich der innovativen Produkte relativ schwierig. In anderen Ländern werden die HTA-Bewertungen strikt durchgezogen. Das bedeutet, dass manche Medikamente im Blick auf das allgemeine Gesundheitsbudget nicht erstattet werden. Diese Entscheidungen sind nicht zuletzt aus ethischer Sicht sehr schwierig. Österreich wird sich so einer Betrachtung jedoch nicht unendlich lange entziehen

„Die Verantwortung für die Verschreibung liegt grundsätzlich beim Arzt und das sollte aus medizinischer Sicht auch so bleiben.“

können. In Österreich wird derzeit vergleichsweise noch sehr viel erstattet, was als positiv für die Versorgungssicherheit gewertet werden muss. Man kann jedoch sicherlich nicht ursächlich den Ärzten die Preissteigerungen bei Arzneimitteln vorwerfen. Man sollte sich aber auch überlegen, ob man nicht eine ökonomische Verschreibung honorieren sollte, etwa in Form eines Bonus-Malus-Systems. Immerhin hat der Arzt durch vermehrte Umstellungen und der dadurch notwendigen Aufklärung einen erhöhten, aber bis jetzt noch unehonorierten Mehraufwand. Dass Platz zum Sparen ist, zeigt der Blick auf die Generikaquote. Österreich liegt mit

knapp einem Viertel der Verordnungen EU-weit noch immer im hinteren Drittel. Leicht vorstellbar, dass durch Anreizsysteme einiges rascher und besser bewegt werden kann.

Consilium: Was halten Sie von der Einstellung der Apothekerschaft zur E-Medikation?

Baumgärtel: Die E-Medikation ist eine sehr wertvolle Sache. Das Potenzial von Wechselwirkungen bei Mehrfachmedikation ist bekannt. Die einzige Möglichkeit der Eindämmung der gefährlichen Wechselwirkungen ist der Zugang des Arztes und des Apothekers zu diesen Daten. Um die E-Medikation funktionsfähig zu machen, sind jedoch einige Grundvoraussetzungen notwendig. Zunächst muss der Datenschutz in der Form gewährleistet sein, dass der Patient seine Einwilligung gibt. Wenn dann nur zehn Prozent der Patienten zu einem wertvollen Tool ihre Einwilligung geben, geht sonst sehr viel Gutes verloren. Das Ganze kann jedenfalls nur dann optimal funktionieren, wenn alle relevanten Arzneimittel von Ärzten und ich betone auch von Apothekern eingetragen werden. Ich kann aus fachlicher Sicht die Weigerung der Apothekerkammer nicht verstehen, rezeptfreie Medikamente in die E-Medikation aufzunehmen. Wir haben versucht, einen Kompromiss zu erwirken und bereits die Liste von knapp 4.000 Produkten mit über 300 Wirkstoffen auf die etwa 80 rezeptfreien Substanzen mit gefährlichem Wechselwirkungspotenzial reduziert. Doch dieses Kompromissangebot wurde bis jetzt von Apothekerseite abgelehnt. Ich vertraue aber darauf, dass die Apothekerschaft ihre Position im Sinne der Arzneimittelsicherheit noch einmal überdenkt. Eine sinnvolle E-Medikation kann nur unter Einbindung von Ärzten und Apothekern stattfinden.

Consilium: Wir danken für das Gespräch!