

# 01.

## Versorgungs- und Gesundheitsziele

Weißbuch Version 2020

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

## IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: [umsetzen@praevenire.at](mailto:umsetzen@praevenire.at); [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at) | Projektdurchführung: PERI Change GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel: 01/4021341-0, Fax: 01/4021341-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, [b.hattinger@perichange.at](mailto:b.hattinger@perichange.at) | Projektteam: Natalie Kapfer-Rupp, BA, Tanja Orgonyi, MA, Jeannine Schuster, MSc, Kathrin Unterholzner | Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Mag. Julia Wolkerstorfer | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH (Gestaltung: Katharina Harringer, Produktion: Mag. Lisa Heigl-Rajchl) | Lektorat: Mag. Charlotte Babits | [www.praevenire.at](http://www.praevenire.at)

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung der Kooperationspartner, Unterstützer und Experten wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber meist nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Trotz sorgfältiger Manuskriptbearbeitung und Lektorat können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Es kann daher infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht, übernommen werden.

Redaktionsschluss: 03.09.2020

© 2020 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

# 01. Versorgungs- und Gesundheitsziele

## »Vorausschauend denken – nachhaltig planen«

Die Sicherstellung einer solidarischen Gesundheitsgrundversorgung ist ein Grundbedürfnis des Menschen und gilt als oberstes Ziel eines erfolgreichen Gesundheitssystems. In Österreich liegt die Lebenserwartung von Frauen im Schnitt bei 84 Jahren, von Männern bei 79 Jahren. Davon verbringen Frauen knapp 67 Jahre und Männer knapp 66 Jahre in guter bis sehr guter Gesundheit. Eine kontinuierliche Verbesserung der gesunden, qualitätsvollen Lebensjahre ist in den Gesundheitszielen Österreich prioritär verankert. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen insbesondere im Umfeld der Arzneimittel- und Medizinprodukte essenzielle Aspekte in gesundheitspolitische Überlegungen integriert werden.

### 1.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um eine langfristige und effiziente Versorgungssicherheit zu gewährleisten, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

#### 1. Faire Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung

##### Digitales Bestandsmonitoring schafft Sicherheit.

1. Es ist logistisch möglich, Medikamente innerhalb von zwei Stunden an jeden Ort Österreichs zu liefern. Aufgrund der Konzentration auf wenige Produktionsstätten ist die internationale Logistikkette jedoch in Fällen von Produktionsproblemen anfällig für Lieferengpässe. Hier muss ein Ausgleich geschaffen werden. Auch die Rolle von Großhändlern und Apotheken muss klarer definiert werden.
2. Die fehlende Meldepflicht nicht verschreibungspflichtiger Humanarzneispezialitäten im Vertriebsbeschränkungen-Register [1] an die AGES hat zur Konsequenz, dass den Behörden aktuelle Lieferengpass-Problematiken bei Verknappung von Medizinprodukten und Arzneimitteln hoher Kritikalität nicht immer bekannt sind. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) muss das Ausmaß der Vertriebsbeschränkung ermitteln und dementsprechend kommunizieren. Dieser Prozess kann nur gewährleistet werden, wenn Vertriebsbeschränkungen zeitnah gemeldet werden. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt ein **digitales System**, aus dem hervorgeht, wie viele Packungen eines Produkts

vorhanden sind. [2] Dabei muss jede Packung anhand eines **Sicherheitsmerkmals** identifiziert werden können.

3. Lieferengpässe sind eine europaweite Problematik und müssen daher auf europäischer Ebene im engen Austausch zwischen den Ländern diskutiert werden, um in weiterer Folge Regulatorien innerhalb Europas zu harmonisieren. Die **Förderung des Produktionsstandorts Europa** muss in den Fokus rücken. Es bedarf gemeinschaftlicher Maßnahmen, um eine wirtschaftliche Produktion von Arzneimitteln auch für ältere und patentfreie Arzneimittel wieder innerhalb der EU zu ermöglichen. Als Lösungsansatz dient eine **Erhöhung der Endpreise** im Erstattungsmarkt für Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze. Darüber hinaus soll der lokalen Produktion eine Preisregulierung durch **staatliche Investitionsbezuschussung** dienen. [3]
4. Pharmaunternehmen müssen bei Antragstellung auf Zulassung sicherstellen, dass sie **zumindest zwei Hersteller** nennen, die den Wirkstoff liefern können, bevor ein Arzneimittel zugelassen wird. [4] So kann auch dann weiterproduziert werden, wenn ein Hersteller ausfällt oder Produktionsprobleme bestehen.
5. Bei der Wundversorgung zeigt sich, dass aufgrund der Preisgestaltung Betroffene gegenwärtig auf rückerstattbare Produkte angewiesen sind und in Folge auf eine innovative (Wund-)Versorgung verzichten müssen – sofern nicht auf private Out-of-pocket-Bezahlung zurückgegriffen wird. Im Sinne einer bestmöglichen solidarischen Versorgung sollte ein niederschwelliger Zugang zu innovativen Therapien und Medizinprodukten für jede Patientin bzw. jeden Patienten sichergestellt werden.

## 2. Versorgungssicherheit chronisch kranker Menschen

### Hoher Aufholbedarf für Österreich.

1. Es ist davon auszugehen, dass chronische Erkrankungen zunehmen. Am Beispiel von Diabetes zeigt sich, dass Österreich im europäischen Vergleich in der Behandlung hinterherhinkt. Die Zahl der Amputationen aufgrund von Diabetes liegt deutlich über dem Niveau anderer Länder. Beispiele aus Dänemark und den Niederlanden zeigen, dass mit **multiprofessionellen Diabetesversorgungszentren** und der Förderung von innovativem Wundmanagement gute Behandlungsergebnisse erzielt werden. [5] Dies sowie bestehende **Disease-Management-Programme** gilt es daher in Österreich auszubauen. [6]
2. Mithilfe digitaler Lösungen sowie Modulen (e-Medikation), die bereits in ELGA integriert sind, muss eine **gezieltere Abstimmung der Arzneimitteltherapie zwischen extra- und intramuralem Bereich** erfolgen, um eine einfachere Versorgung für Patientinnen und Patienten zu erreichen.

## 3. Effizientes Medikationsmanagement

### Gesundheit muss finanzierbar bleiben.

1. Dem Thema Polypharmazie muss in Form eines Monitoring-Systems kritisch begegnet werden, um riskante Wechselwirkungen zu minimieren. Das System soll bei einer Einnahme von mehr als fünf Medikamenten anschlagen, sodass den Patientinnen und Patienten in Folge beratend zur Seite gestanden werden kann. Auch die Kombination zweier kritischer Medikamente, die lebensgefährliche Wechselwirkungen mit sich bringen – wie es sich beispielsweise in der Kombination von cholesterinsenkenden Medikamenten und Antibiotika zeigt –, müssen gemonitort und damit verhindert werden.
2. Generika sind für ein effizientes Gesundheitssystem unerlässlich: Jeder Prozentpunkt mehr an Generika-Verordnungen bewirkt eine Ausgabensenkung um zehn Millionen Euro. Ein großflächiger Generika-Einsatz unterstützt daher die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems.

3. Biosimilars sind Nachfolgeprodukte von Biologika. Die dafür notwendigen Proteine oder Peptide werden in lebenden Zellen produziert. Deshalb ist die Anfertigung der Biopharmazeutika weitaus aufwendiger als die Herstellung von Generika. Biosimilars haben in den letzten zwölf Jahren Einsparungen von rund 357 Millionen Euro erbracht. Sie können in ihrem Bereich die Arzneimittelkosten bis zu 53 Prozent senken und somit den breiten Zugang zu innovativen Therapien sichern. Allerdings werden derzeit nur 23 Prozent des biosimilarsfähigen Marktes ausgeschöpft. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt die **Einführung von Verordnungsquoten**, um Biosimilars zu stützen und damit zur nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems beizutragen.

## Mensch im Mittelpunkt

Gesundheitspolitische Maßnahmen sind stets dahingehend zu prüfen, welchen Nutzen sie für die Patientinnen und Patienten mit sich bringen und ob sie die Effizienz therapeutischer Interventionen verbessern. Im Fokus steht dabei ein chancengleicher Zugang zu den medizinischen Leistungen. Um den Herausforderungen der Zukunft gewachsen zu sein und den demografischen Wandel gut bewältigen zu können, bedarf es einer besseren Vernetzung innerhalb des Gesundheitssystems zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung – unabhängig davon, ob die Menschen ihren Lebensmittelpunkt in einem Ballungszentrum oder in einer ländlichen Region haben.

## Chancen der Digitalisierung

E-Medikation bzw. ELGA müssen für eine digitale Erfassung sowie das Abgleichen der Medikation verstärkt genutzt werden, um eine lückenlose Verbindung zwischen intra- und extramuraler Verschreibung zu gewährleisten. Das während der Pandemie ermöglichte **„e-Rezept-Light“**, das eine telefonische Verschreibung sowie die Übermittlung des Rezepts per e-Medikation, Mail oder Fax an die Apotheke erlaubte, und auch die digitale Krankmeldung sind als administrative Vereinfachungen beizubehalten. Das e-Rezept als Anwendung des e-Card-Systems ist in Vorbereitung und soll 2021 konsequent und rasch ausgerollt werden.

Darüber hinaus ist es ein erstrebenswertes Ziel, den Apothekerinnen und Apothekern und relevanten Gesundheitsberufen wie Ärztinnen und Ärzten Einsicht in die Medikamententherapie der Patientinnen und Patien-

ten zu gewähren, um den elektronischen Austausch effizienter und transparenter zu gestalten. Das Bewusstsein für den Nutzen einer Teilnahme an der e-Medikation soll gestärkt werden.

[1]-[6] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 1.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Versorgungs- und Gesundheitsziele



## 1.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

### Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

**E-Medikation:** Die Ärztekammer für Wien unterstützt die Initiativen, die e-Medikation zu stärken; in diesem Zusammenhang sollten die Träger von Krankenanstalten mehr in die Pflicht genommen werden, ihre Medikationsdaten auch in die e-Medikation verpflichtend einzumelden; gleichzeitig ist anzuregen, dass die Sozialversicherung ihre Blockadehaltung gegenüber Wahlärztinnen und Wahlärzten überdenkt und attraktive Modelle anbietet, auch diese in die e-Medikation zu integrieren.

**Verordnungsquoten:** Die Ärztekammer für Wien unterstützt Bemühungen zur Erhöhung der Generikaveranschreibung und der Verordnung von Biosimilars, lehnt aber Verordnungsquoten strikt ab. Verordnungsquoten orientieren sich nämlich nicht an den Notwendigkeiten für Patientinnen und Patienten, sondern rein an ökonomischen Kriterien. Eine Verordnung eines Arzneimittels muss sich jedoch immer am individuellen Patientenwohl orientieren.

**Faire Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung:** Die Rolle der Ärztinnen und Ärzte mit Hausapotheken ist leider nicht erwähnt und für die Versorgung der Bevölkerung absolut essenziell.

**Chancen der Digitalisierung:** Darüber hinaus sollte eine tagesaktuelle Information der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über (durch Lieferengpässe) nicht verfügbare Medikamente im Rahmen der Arztsoftware implementiert werden. Das stellt sicher, dass bereits der Behandler ein im Einzelfall ansatzweise gleichwertiges Medikament verschreiben kann.

### Dissensposition des Verbands der österreichischen Arzneimittel-Vollgroßhändler PHAGO

**[1] Zu 1.2:** Der Verband der österreichischen Arzneimittelvollgroßhändler PHAGO bezweifelt, dass ein digitales System, aus dem hervorgeht, wie viele Packungen vorhanden sind, sowie ein individuelles Sicherheitsmerkmal für OTC-Produkte sinnvoll und realistisch umsetzbar sind.

Mit immens großem Aufwand wurde in den letzten Jahren ein digitales System für verschreibungspflichtige Arzneimittel geschaffen. Hintergrund dieses umfangreichen Projekts war und ist der Schutz vor Arzneimittelfälschungen. Aber die Erfahrungen mit der Umsetzung der Fälschungsrichtlinie haben gezeigt, dass es nicht einmal

für die verschreibungspflichtigen Arzneimittel möglich ist, aus einer EU-weiten Datenbank Schlüsse über die Verfügbarkeit von bestimmten Produkten zu ziehen. Dafür ist das System nicht konzipiert.

Das bedeutet aber, es wäre zur Umsetzung dieser Empfehlung im OTC-Bereich erforderlich, ein komplett neues paralleles digitales System zu schaffen, das noch dazu den komplexen Vertriebswegen von OTC-Produkten Rechnung trägt. Dies ist in Hinblick auf die untergeordnete Bedeutung von Engpässen im OTC-Bereich unverhältnismäßig.

Alternativ würde ein verbesserter, strukturierter Informationsaustausch auf nationaler und internationaler Ebene die Situation verbessern.

### Dissensposition des Österreichischen Generikaverbandes (OeGV)

**[1] Zu 1.2:** Die Meldung nicht verschreibungspflichtiger Humanarzneispezialitäten im Vertriebseinschränkungen Register an die AGES ist auf freiwilliger Basis jederzeit möglich und unterliegt der Entscheidung des Zulassungsinhabers. Über die Verwendung der i. A. nicht versorgungskritischen Arzneimittel entscheiden die Kundin und der Kunde bzw. die Patientin und der Patient selbst. Die Apothekerin oder der Apotheker berät im Falle von Vertriebseinschränkungen direkt vor Ort über Alternativen.

Die Ausweitung der Meldepflicht auf OTC-Produkte stellt administrativ und finanziell (es fallen Gebühren für die Meldung an) eine überschießende Erhöhung der regulatorischen Auflagen dar und wird daher vom OeGV abgelehnt.

**[2] Zu 1.2:** Ein digitales System, aus dem hervorgeht, wie viele Packungen eines Produkts vorhanden sind, verletzt die Dateneigentumsrechte aller Teilnehmer der Vertriebskette (Zulassungsinhaber, Großhandel, Apotheke, KH-Apotheke, sonstige zur Abgabe berechnete Stellen) und ist daher in der vorgeschlagenen Form abzulehnen.

Dem BASG als zuständiger Behörde ist jede Einschränkung der Vertriebsfähigkeit einer verschreibungspflichtigen Arzneispezialität im Inland unverzüglich zu melden. Die Behörde kann daher, wenn erforderlich, noch vor dem tatsächlichen Eintritt der Einschränkung ihre koordinierende Funktion wahrnehmen.

**[4]** Zu 1.4: Die verpflichtende Registrierung von zumindest zwei Wirkstoffherstellern führt zu einer weiteren Erhöhung der regulatorischen Belastung für den Zulassungsinhaber und ist in der Praxis auch nicht in allen Fällen möglich (z. B. bei biologischen Produkten, patentgeschützten Syntheseverfahren, fehlender Verfügbarkeit von Alternativen etc.). Dies kann dazu führen, dass Generika und insbesondere Biosimilars verspätet oder gar nicht auf den Markt gebracht werden. Dem Gesundheitssystem werden dadurch Einsparungsmöglichkeiten entzogen. Der OeGV lehnt die Empfehlung daher ab.

#### **Ergänzungen des Österreichischen Apothekerverbandes**

**[3]** Zu 1.3: Das Thema „Aut idem im Notfall“ ist aufzunehmen. Die Möglichkeit, Arzneimittel bei Nichtlieferbarkeit auszutauschen, würde aus unserer Sicht zu einer massiven Verbesserung der Situation beitragen – für Patientinnen und Patienten und Apotheken gleichermaßen. Hierfür muss eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

**[6]** Zu 2.1: Bei Disease-Management-Programmen ist die öffentliche Apotheke miteinzubeziehen.

#### **Ergänzungen von Wund?Gesund!**

**[5]** Zu 2.1: 40 Prozent der Amputationen könnten laut Diabetesbericht 2017 des Bundesministeriums für Gesundheit durch innovative Wundversorgung und eine entsprechende Therapie vermieden werden. Der Weg sollte folgender sein: weg von einer „zweckmäßigen und ausreichenden“ und hin zu einer hochwertigen State-of-the-Art-Versorgung chronischer und schlecht heilender Wunden, die sich am Outcome und an der Qualität der Wundversorgung orientiert. Essenziell dafür sind unter anderem eine bedarfsgerechte Ausbildung, die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen sowie die Honorierung der Leistung und die Auswahl qualitativ hochwertiger Verbandstoffe bei fairer Preisgestaltung. Mehr Information, mehr Transparenz und mehr Selbstbestimmung. Positive Auswirkungen moderner Wundmedizin bedeuten eine Win-win-Situation für alle Beteiligten: erhöhte Lebensqualität, eine Linderung der Schmerzen, verkürzte Behandlungszeiten, geringere Zusatzkosten für zusätzliche Therapien, eine Reduktion der Amputationen, schmerzärmere Verbandwechsel und eine raschere Reintegration sowie die Reduktion von Krankenständen, Personal- und Materialkosten.

# EXPERTISE SUMMARY

## 01. Versorgungs- und Gesundheitsziele

---

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

Experteninterviews

Quellenverzeichnis

Mitwirkende Expertinnen und Experten



# Zusammenfassung der Expertenbeiträge

**Die Menschen haben ein Anrecht auf beste medizinische Versorgung, bei der die Patientin und der Patient in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems gestellt werden müssen. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 setzt daher das Grundziel der Sicherstellung der solidarischen Gesundheitsversorgung an die erste Stelle. In diesem Sinne muss die Integration der Gesundheitsversorgung in alle politischen Ebenen intensiviert werden. Die Bundesgesundheitskommission und das Gesundheitsministerium haben 2012 zehn Ziele für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik beschlossen. Darin nicht beinhaltet sind konkrete Umsetzungsmaßnahmen zur Erreichung dieser Gesundheitsziele sowie die Frage, welche Ziele durch welche Versorgungsstruktur realisiert werden sollen.**

## Grundversorgung

Versorgungssicherheit ist die langfristige, stetige Sicherung von Gesundheit als Grundbedürfnis des Menschen. Die Lebenserwartung in Österreich liegt im Schnitt für Frauen bei 84 Jahren, für Männer bei 79 Jahren. Davon verbringen Frauen knapp 67 Jahre, Männer knapp 66 Jahre in guter bis sehr guter Gesundheit. Die Lebenserwartung wird durch Faktoren wie Bildung, sozialer Hintergrund, Einkommen und Wohnort beeinflusst. Statistisch gesehen lebt der Österreicher um zwei Jahre kürzer, wenn er in einer weniger entwickelten Region lebt. Die kontinuierliche Verbesserung der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre aller in Österreich lebenden Menschen ist prioritär in den Gesundheitszielen Österreich verankert.

Für die Versorgungssicherheit im Krankheitsfall ist die Wahrung der Chancengleichheit für alle Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Das beinhaltet einerseits den Zugang zur bestmöglichen ärztlichen Versorgung und andererseits die Sicherstellung der Versorgung mit Medizinprodukten und Arzneimitteln. Die Versorgungssicherheit von Gesundheitsangeboten ist finanziell leistbar und für alle gleichermaßen zugänglich zu gestalten. Das Vorhandensein von Biosimilars hat mittlerweile dazu geführt, dass manche Therapien früher einem größeren Patientenkollektiv zur Verfügung stehen. Sie bieten Patientinnen und Patienten eine weitreichendere Versorgung, weniger Komplikationen und eine bessere Lebensqualität. Es ist von hoher Wichtigkeit, dass Biosimilars günstige Rahmenbedingungen vorfinden, um am österreichischen Markt zu verbleiben.

## Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln

Arzneimittel sind ein wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung. Die

sichere und kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln sowie ein solidarischer und gleicher Zugang aller Patientinnen und Patienten zu Medikamenten sind erstrebenswerte und wichtige Ziele der österreichischen Gesundheitsversorgung. Dabei sind sowohl Fehl-, Über- als auch Unterversorgungen zu vermeiden.

Grundvoraussetzung für die Versorgung mit Arzneimitteln ist, dass jeweils der Bedarf der Patientinnen und Patienten an einem bestimmten Produkt seitens der Hersteller korrekt berechnet wird und das Land mit entsprechender Menge an Arzneimitteln versorgt wird. Um Versorgungssicherheit zu gewährleisten, sollte diese Menge von der Industrie zur Verfügung gestellt werden und für die österreichische Bevölkerung im Land bleiben. Marktanteile der Arzneimittelhersteller können durch Datenprovider (käuflich) erfasst werden, damit eine gezieltere Erhebung des Produktionsbedarfs erfolgen kann. Kommt es allerdings zu einer Vertriebs einschränkung eines marktdominierenden Produzenten, können andere Hersteller diesen Engpass nicht kurzfristig ausgleichen.

**Das Arzneimittelversorgungssystem** ist prinzipiell gut und flächendeckend ausgebaut und bietet Patientinnen und Patienten einen niederschweligen Zugang. Logistisch ist es möglich, innerhalb von zwei Stunden an jeden Ort Österreichs Medikamente zu liefern. Aufgrund der Konzentration auf wenige Produktionsstätten ist die internationale Logistikkette jedoch in Fällen von Produktionsproblemen anfällig für Lieferengpässe. Fertigungsstätten für Grund- und Rohstoffe sind aus Europa abgewandert, worunter die Transparenz der Arzneimittelversorgungskette der Hersteller leidet. Außerdem nehmen viele Arzneimittelhersteller keine vollsortierten pharmazeutischen Großhändler mehr in Anspruch, sondern liefern ihre (meist teuren) Produkte direkt an Apotheken (direct to pharmacy). Aufgrund dessen sind nur noch die Vorräte des Herstellers und der Apotheke bzw. der Krankenhäuser

im Land vorhanden. Der wichtige Lagervorrat und die Pufferfunktion des Großhandels gehen verloren. Der Großhandel kann seine Aufgabe, ein Gebiet mit allen Arzneimitteln zu versorgen, nicht mehr erfüllen. Diese Entwicklung ist für die Patientinnen und Patienten nachteilig, weil einerseits der Sicherheitspolster schwindet und andererseits die Liefergeschwindigkeit zur Apotheke langsamer ist als über den Weg des Großhandels. Der Stellenwert der Großhändler mit seiner Infrastrukturfunktion für eine Versorgung Österreichs mit Arzneimitteln muss deshalb aufgezeigt und klar kommuniziert werden. Als Beispieltext könnte der in Folge zitierte Gesetzestextauszug betr. §52b Bereitstellung von Arzneimitteln aus dem deutschen Arzneimittelgesetz (AMG) gesehen werden: Pharmazeutische Unternehmer müssen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen gewährleisten.

Ein selektiver Vertrieb eines Arzneimittels über nur einen Großhändler kann unzuverlässig sein. Ebenso wäre eine Lieferproblematik nicht überbrückbar. In Deutschland gibt es die Regelung, dass jeder, der ein Medikament auf den Markt bringen möchte und welches erstattet wird, mehrere Großhändler beliefern muss.

Abhängigkeiten in der Versorgungskette führen dazu, dass die Abschätzung des Inlandsbedarfes eine große Herausforderung für alle Beteiligten geworden ist. Eine frühzeitige Information des Herstellers an die Gesundheitsanbieter ist daher äußerst wichtig, um knappe Kontingente rechtzeitig mit Alternativen so weit wie möglich kompensieren zu können.

### **Fehlende Transparenz und fehlende Meldepflicht**

von Arzneimittelengpässen<sup>1</sup> führen derzeit dazu, dass es den Behörden nicht immer bekannt ist, bei welchen Wirkstoffen es Probleme gibt. Es ist Aufgabe des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG), das Ausmaß der Vertriebseinschränkung zu ermitteln und diese Information an beteiligte Akteure zu kommunizieren. Das kann nur geschehen, wenn Vertriebseinschränkungen zeitnah gemeldet werden.

<sup>1</sup> Vgl. Aktualisierung nach den Arbeitsgruppen-Gesprächen: Inkrafttreten der Verordnung zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung mit 1. April 2020: <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/vertriebseinschraenkungen>

Die fehlende Meldepflicht nicht verschreibungspflichtiger Humanarzneispezialitäten im Vertriebseinschränkungen-Register bei Verknappung von Medizinprodukten und Arzneimitteln mit hoher Kritikalität an die AGES hat zur Konsequenz, dass den Behörden aktuelle Lieferengpass-Problematiken nicht immer bekannt sind. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) muss das Ausmaß der Vertriebseinschränkung ermitteln und dementsprechend kommunizieren. Dieser Prozess kann nur gewährleistet werden, wenn Vertriebseinschränkungen zeitnah gemeldet werden.

Auf freiwilliger Basis ist die Meldung nicht verschreibungspflichtiger Humanarzneispezialitäten im Vertriebseinschränkungen Register an die AGES jederzeit möglich und unterliegt der Entscheidung des Zulassungsinhabers. Über die Verwendung der i. A. nicht versorgungskritischen Arzneimittel entscheidet die Kundin/der Kunde beziehungsweise die Patientin/der Patient selbst. Der Apotheker berät im Falle von Vertriebseinschränkungen direkt vor Ort über Alternativen.

Die Ausweitung der Meldepflicht auf OTC-Produkte stellt administrativ und finanziell (es fallen Gebühren für die Meldung an) eine überschießende Erhöhung der regulatorischen Auflagen dar und wird daher vom Österreichischen Generikaverband (OeGV) abgelehnt.

Der aktuell vorliegende Entwurf einer Engpass-Liste ist nicht zufriedenstellend, weil damit die Pharmahersteller allein definieren, was ein Engpass-Medikament ist und wann kein Engpass mehr herrscht. Das alleine ist nicht ausreichend.

Empfehlenswert ist daher ein digitales System, aus dem hervorgeht, wie viele Packungen eines Produktes im Umlauf bzw. vorhanden sind. Ein digitales System in dieser Form lehnt der OeGV ab, da es die Dateneigentumsrechte aller Teilnehmer der Vertriebskette (Zulassungsinhaber, Großhandel, Apotheke, KH-Apotheke, sonstige zur Abgabe berechnigte Stellen) verletzt. Der zuständigen Behörde (BASG) ist jede Einschränkung der Vertriebsfähigkeit einer verschreibungspflichtigen Arzneispezialität im Inland unverzüglich zu melden. Die Behörde kann daher, wenn erforderlich, noch vor dem tatsächlichen Eintritt der Einschränkung ihre koordinierende Funktion wahrnehmen.

Der Verband der österreichischen Arzneimittel-Vollgroßhändler PHAGO bezweifelt, dass ein digitales System, aus dem hervorgeht, wie viele Packungen vorhanden sind, sowie ein individuelles Sicherheitsmerkmal für OTC-Produkte sinnvoll und realistisch umsetzbar sind.

Mit sehr großem Aufwand wurde in den letzten Jahren ein digitales System für verschreibungspflichtige Arzneimittel geschaffen. Hintergrund dieses umfangreichen Projekts war und ist der Schutz vor Arzneimittelfälschungen. Jede Packung ist gegenwärtig mit einem eigenen Strichcode versehen, so dass man jede Packung identifizieren kann (Sicherheitsmerkmal), die Hersteller scannen diesen ein und die Apothekerinnen und Apotheker scannen ihn bei Vergabe wieder aus und identifizieren so die originale Packung. Die Grundidee ist die Nachweisbarkeit eines Originals (vgl. neue Fälschungsrichtlinie). Das System könnte so erweitert werden, dass ersichtlich würde, wie viel von einer Ware wo vorhanden ist.

Aber die Erfahrungen mit der Umsetzung der Fälschungsrichtlinie haben gezeigt, dass es nicht einmal für die verschreibungspflichtigen Arzneimittel möglich ist, aus einer EU-weiten Datenbank Schlüsse über die Verfügbarkeit von bestimmten Produkten zu ziehen. Dafür ist das System nicht konzipiert. Das bedeutet aber, es wäre zur Umsetzung dieser Empfehlung im OTC-Bereich erforderlich, ein komplett neues paralleles digitales System zu schaffen, das noch dazu den komplexen Vertriebswegen von OTC-Produkten Rechnung trägt. Dies ist in Hinblick auf die untergeordnete Bedeutung von Engpässen im OTC-Bereich unverhältnismäßig.

Verknappungen sind eine europaweite Problematik. Ein verbesserter, strukturierter Informationsaustausch auf nationaler und internationaler Ebene ist daher erstrebenswert, um dieser Problematik entgegenzuwirken. In Folge könnten Regulatorien innerhalb Europas harmonisiert, gemeinsame Maßnahmen gesetzt und Transparenz geschaffen werden.

**Förderung des Produktionsstandortes Europa:** Der hohe ökonomische Druck in den europäischen Gesundheitssystemen führt zu immer höherem Druck auf die Produktionskosten. Die Produktion von Wirkstoffen und Fertigarzneimitteln wird daher in asiatische Schwellenländer, vor allem Indien und China, verlagert. Qualitäts-

mängel und Lieferausfälle haben bereits Europa erreicht. Es bedarf gemeinschaftlicher Maßnahmen, eine wirtschaftliche Produktion von Arzneimitteln auch für viele ältere und patentfreie Arzneimittel wieder innerhalb der EU zu ermöglichen.

Eine Erhöhung der Endpreise im Erstattungsmarkt für jene Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze (Rezeptgebühr), insbesondere für Produkte auf Basis lokal produzierter Wirkstoffe, könnte ein möglicher Lösungsansatz sein. Weiters könnte eine Preisregulierung durch staatliche Investitionsbezuschussung der lokalen Produktion sowie die Absicherung des Versorgungsrisikos durch staatliche Zahlungen für die Bereitstellung von Produktionskapazitäten als Risikoabsicherung gegen Versorgungsengpässe dienen.

#### **Es ist erforderlich, die Produktion von Wirkstoffen und Hilfsstoffen**

(= Verfügbarkeit der Ausgangsmaterialien) sicherzustellen. Problematisch wird es, wenn die Produktion stetig effizienter und kostengünstiger gemacht werden muss, sie deswegen ins Ausland outgesourct wird und es dort in Folge oft nur noch einen Wirkstoffhersteller gibt. Wenn es bei diesem nun zu einer Vertriebseinschränkung kommt, gibt es keine Ausgangsmaterialien mehr und somit auch keine Arzneien.

Deshalb wäre eine konkrete Empfehlung, dass Pharmakonzerne mindestens von zwei Herstellern Bestandteile bekannt geben müssen, bevor ein Arzneimittel zugelassen werden kann. So kann der Pharmakonzern weiterproduzieren, wenn der Hersteller ausfällt oder Produktionsprobleme hat. Dem gegenüber steht die Position des OeGV, weil die verpflichtende Registrierung von zumindest zwei Wirkstoffherstellern zu einer weiteren Erhöhung der regulatorischen Belastung für den Zulassungsinhaber führt und in der Praxis auch nicht in allen Fällen möglich ist (zum Beispiel bei biologischen Produkten, patentgeschützten Syntheseverfahren, fehlende Verfügbarkeit von Alternativen etc.). Dies kann dazu führen, dass Generika und insbesondere Biosimilars verspätet oder gar nicht auf den Markt gebracht werden. Dem Gesundheitssystem werden dadurch Einsparungsmöglichkeiten entzogen. Der OeGV lehnt diese Empfehlung daher ab.

Pharmaunternehmen sind mitunter aufgrund ökonomischer Überlegungen gezwungen, vor allem an innovativen und umsatzstarken Produkten zu forschen

und ältere Produkte, die sie vor Jahrzehnten entwickelt haben, aus ihrem Sortiment zu nehmen. Wenn von einem klein- oder mittelständischen Unternehmen ein solches Arzneimittel gekauft wird, muss dennoch sichergestellt sein, dass es zu keiner Wirkstoffanbieter-Reduktion kommt, qualitätskonform gearbeitet wird und nicht nur günstig hergestellt und outgesourct wird. Da Produktionsschritte immer globaler verteilt werden, werden Distributionswege immer komplexer und mehr Zwischenhändler werden involviert. Wirtschaftliche und strukturelle Zwänge sowie asiatische unsichere Produktionsstandorte sind die großen Ursachen der Versorgungsproblematik. Wichtig ist, dass diese Prozesse transparenter werden.

Es muss gewährleistet sein, dass ein hochwertiges Qualitätsmanagementsystem bei der Herstellung von Arzneimitteln vorhanden ist und der ökonomische Druck nicht auf Kosten der Qualität geht. Das Prinzip, dass die Preise eines Produktes immer knapper kalkuliert werden müssen, ist problematisch, denn auch ein am Markt bereits bestehendes Produkt unterliegt neuen regulatorischen Anforderungen. Preispolitik ist Sache des Dachverbandes, aber es ist aus Patientensicht erstrebenswert, dass Unternehmen diese (europäischen) Anforderungen kostendeckend erfüllen, um qualitativ hochwertige Produkte produzieren zu können.

**Parallelhandel:** Die Preisunterschiede bei innovativen Arzneimitteln in Europa sind häufig das Ergebnis national unterschiedlicher Gesundheitssysteme mit ihren unterschiedlichen Regelungen zur Kostenerstattung. Das macht es für Parallelhändler mitunter attraktiv, Produkte in einem Land günstig einzukaufen und zu höheren Preisen im Ausland weiterzuverkaufen. Parallelhändler haben sich auf dieses Geschäft spezialisiert und sind von den Herstellern der Medikamente unabhängig.

Wie der Rechnungshof in seinem aktuellen Prüfbericht zeigt, trägt der Parallelhandel nicht die alleinige Schuld an Lieferengpässen. Weitere Ursachen sind die Auslagerung der Wirkstoffproduktion in nicht europäische Länder. Damit sind sowohl die bereits genannten Qualitätsprobleme als auch vermehrte Unternehmenszusammenschlüsse verbunden. Dadurch konzentriert sich die Herstellung auf immer weniger Produktionsstätten. Gleichzeitig führen weltweit zunehmende höhere Verbräuche zur Verknappung von Rohmaterialien.

Die Verordnung über die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung, gültig seit 1. April 2020, sieht vor, dass der Zulassungsinhaber eine voraussichtliche Nicht-Lieferfähigkeit eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels über zwei Wochen oder eine voraussichtliche eingeschränkte Lieferfähigkeit über vier Wochen in das öffentlich einsehbare Melderegister des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) einmeldet. Nach eingehender Prüfung durch das BASG kann für bestimmte Produkte ein temporäres Exportverbot ausgesprochen werden. Mehr noch als das Exportverbot könnte jedoch die Krisenbevorratung essenzieller Arzneimittel – beispielsweise im Psychopharmaka-Bereich, wo es kaum therapeutische Alternativen gibt. Großhandelsbetriebe führen zumeist einen Sicherheitsbestand mit. Empfehlenswert ist daher, dass Produkte an den Großhandel geliefert werden, um in den 23 Niederlassungen ein dichteres Sicherheitsnetz für die Arzneimittel knüpfen zu können.

---

## ARZNEIMITTEL IM WERT VON 860 Millionen Euro

*werden unter Ausschluss des Vollgroßhandels direkt an die Apotheken geliefert und sind dadurch nicht im Sicherheitsnetz der 23 Lagerniederlassungen enthalten.<sup>2</sup>*

---

**Das Erstattungssystem** mit den Aufnahme-regeln in den EKO (Erstattungskodex) ist für neue Ansätze wie die Value-Added Medicines nicht eingerichtet. Im Vergleich zu bereits erstatteten Produkten wird der zusätzliche Nutzen für Patientinnen und Patienten und Anwenderinnen und Anwender meist nicht anerkannt und die Aufnahme in den EKO kann nur erfolgen, wenn ein niedrigerer Preis als das günstigste EKO-Produkt angeboten wird. Daher müssen entsprechende Anpassungen im Erstattungssystem vorgenommen werden, um die Vorteile von Value-Added Medicines zu integrieren und anzuerkennen.

---

<sup>2</sup> [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20200807\\_OTS0011/anzneimittel-im-wert-von-860-millionen-euro-nicht-im-sicherheitsnetz-enthalten](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20200807_OTS0011/anzneimittel-im-wert-von-860-millionen-euro-nicht-im-sicherheitsnetz-enthalten)

## Versorgungssicherheit mit Medizinprodukten

Die Thematik der Versorgungssicherheit muss breit gedacht werden. Sie darf nicht nur Arzneimittel, sondern muss auch Medizinprodukte, wie etwa Produkte der modernen Wundmedizin, umfassen. Innovative Medizinprodukte haben für die Patientenversorgung einen hohen Stellenwert. Deshalb braucht es auch für sie eine faire Preisgestaltung sowie transparente und nachvollziehbare Entscheidungen im Kostenerstattungsprozess. Nur so kann auch in diesem Bereich hohe Qualität gesichert und ein State-of-the-Art-Angebot sichergestellt werden.

Der Gesetzgeber sieht eine „ausreichende und zweckmäßige“ Patientenversorgung vor. Die Auslegung der im Gesetz formulierten Definition erschwert zurzeit eine Versorgung, wie sie nach medizinischem State of the Art mit innovativen Medizinprodukten möglich wäre. Durch die aktuelle Preisgestaltung gemäß dem Kostenerstattungssystem (Preisband) finden innovative Medizinprodukte wenig Berücksichtigung, da diese oft als zu teuer eingestuft werden. Hierbei wird jedoch der positive Nutzen für die Patientinnen und Patienten außer Acht gelassen; ebenso werden nach diesem Modell langfristige Einsparungspotenziale innovativer Produkte wie moderner Verbandstoffe für das Gesamtsystem nicht berücksichtigt.

Die für 26. Mai 2020 vorgesehene EU-Verordnung über Medizinprodukte 2017/745 (MDR) wurde aufgrund der Coronasituation auf 2021 verschoben. Die gesamte Branche ist dadurch vor große regulatorische Herausforderungen gestellt. Erweiterte Pflichten der Wirtschaftsakteure, Höherklassifizierungen einer Vielzahl von Medizinprodukten, die Neuregelung der Marktüberwachung mit kürzeren Meldepflichten, wesentlich höhere Anforderungen bei der Erstellung klinischer Daten und zusätzliches Berichtswesen in Zusammenhang mit der Marktbeobachtung sind nur einige Beispiele für die Neuerungen, die durch die MDR umzusetzen sind. Weitere Herausforderungen bringen u. a. Kapazitätsengpässe bei der zu geringen Anzahl gemäß MDR-notifizierter benannter Stellen (= Notified Bodies, d. s. staatlich benannte und überwachte unabhängige Prüfstellen, die im Auftrag der Hersteller tätig werden, um Aufgaben im Rahmen von Konformitätsbewertungsverfahren inklusive CE-Zertifizierungen für Medizinprodukte durchzuführen), fehlende EU-Durch-

führungsrechtsakte sowie die Verzögerung der EUDA-MED-Datenbank mit sich. Eine „System Readiness“ für die Anforderungen, die die neue Gesetzgebung an die Medizinprodukte-Branche stellt, ist dadurch noch lange nicht gegeben. Um die im Fokus stehende Patientenversorgung nicht zu gefährden, ist jedoch eine praxistaugliche Umsetzung vonnöten.

## Patientenversorgung

**Wohnortnahe Primärversorgungseinheiten (PVE)** sind auszubauen, die den Patientinnen und Patienten wie ein „One-Stop-Shop“ mit niederschwelligem Zugang eine Versorgungseinrichtung bieten und in der Ärztinnen und Ärzte, Diätologinnen und Diätologen, Wundversorgung, Community-Nurse-Dienste, Therapie und relevante Gesundheitsdienstleister an einem Ort zusammenarbeiten. Vorreiter sind die Niederlande mit ihrem Gesundheits- und Hausarztzentrensystem, das als eines der modernsten Europas gilt<sup>3</sup>, und die dänischen Multiversorgungszentren<sup>4</sup>. Die Bestrebungen der Gesundheitszentren der Österreichischen Gesundheitskasse, diese als Multiversorgungszentren auszubauen, müssen finanziell unterstützt werden. Stakeholder und Akteure müssen das Bewusstsein schärfen, dass Vorsorgemaßnahmen dem Gesundheitssystem Einsparung bringen, ebenso wie Gesundheitskompetenzvermittlung von Kindheit an, ein Ausbau von Früherkennungsprogrammen sowie von Therapie- und Disease-Management-Programmen. Diese Angebote sind in Primärversorgungseinrichtungen sicherzustellen.

**Am Beispiel Wundversorgung** kann gezeigt werden, dass aufgrund der Preisgestaltung Betroffene gegenwärtig auf (rück)erstattbare Produkte angewiesen sind und großteils auf eine innovative Wundversorgung verzichten müssen, sofern sie nicht auf die Möglichkeit privater Out-of-pocket-Bezahlung zurückgreifen. Im Sinne einer bestmöglichen solidarischen Versorgung sollte ein niederschwelliger Zugang zu innovativen Therapien und Medizinprodukten für jede Patientin und jeden Patienten sichergestellt werden, damit jedem die gleiche bzw. für ihn beste Behandlung zuteilwerden kann.

<sup>3</sup> <https://primaerversorgung.org/2017/06/09/die-musterschueler-primaerversorgung-in-den-niederlanden-portugal-und-dem-vereinigten-koenigreich/>

<sup>4</sup> <https://primaerversorgung.org/2017/04/18/daenemark-norwegen-und-schweden-alles-besser-in-der-primaerversorgung/>



Daher sollte bei der Wahl des Verbandstoffes nicht der Kostenfaktor ausschlaggebend sein, sondern die Entscheidung sollte anhand des Kriteriums des effektivsten Materials, also das für die Versorgung der jeweiligen Wunde am besten geeignete – sein. Im Sinne dieses Beispiels sollte die Devise lauten: „Nicht an modernen Verbandstoffen sparen, sondern mit diesen!“

Die stetige Optimierung von Verbandstoffen ermöglicht immer bessere Behandlungen für Patientinnen und Patienten – z. B. reduziert sich durch atraumatische Verbandwechsel auch der Wundschmerz erheblich. Ebenso können mithilfe der richtigen Verbandstoffe Einschränkungen im Alltag minimiert und die Rehabilitation beschleunigt werden. Vor allem im Arbeitsleben stehende Patientinnen und Patienten profitieren durch eine raschere Reintegration in ihr gewohntes (Arbeits-)Umfeld. Die Wundbehandlung – vor allem schlecht heilender und chronischer Wunden – ist mittlerweile ein erheblicher Kostenfaktor. Hier kann moderne Wundmedizin zu nachhaltigen Einsparungen beitragen. Eine raschere Heilung und/oder eine damit einhergehende Minimierung von Schmerzmitteleinsatz wirken sich positiv auf das Gesundheitssystem und damit auf die gesamte Volkswirtschaft aus.

**Vision der (chirurgischen) Traumaversorgung** ist es, dass jede und jeder Schwerverletzte an jedem Ort die gleichen Überlebenschancen hat. Das Trauma-Register DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) zählt zu den größten Schwerverletztenregistern weltweit. Die standardisierte Dokumentation der ca. 700 teilnehmenden Krankenhäuser umfasst Daten der Präklinik, des Schockraums mit anschließendem OP, der Intensivstation und Entlassung. In Österreich erfolgt die Traumaversorgung u. a. durch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), die ihre Daten ebenfalls in das DGU-TraumaRegister eintragen lässt. 2018 wurden 2.251 Schockraum-Fälle verzeichnet.

---

*Die AUVA leistet mit 1.466 Betten in 7 UNFALLVERSORGUNGSEINRICHTUNGEN und 4 REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN einen wichtigen Beitrag zur hoch spezialisierten Versorgung in Österreich.*

---

Zu den Kernaufgaben der AUVA zählen neben der Unfallheilbehandlung die Prävention (vor allem von Arbeits-

unfällen und Berufskrankheiten), Rehabilitation und Entschädigungsleistungen. Ihr Traumanetzwerk stellt eine flächendeckende Versorgung sicher, die in überregionalen, regionalen und lokalen Zentren stattfindet.

## Die Apothekerin und der Apotheker als Gesundheitspartner

**Medikationsmanagement:** Patientinnen und Patienten erwarten von der Apothekerin und vom Apotheker Beratung. Jedoch kennt die Apothekerin bzw. der Apotheker oftmals weder die Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten noch die Medikation bzw. Polymedikation der einzelnen Patientinnen und Patienten. Das Wissen um Medikamente hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert, die Kenntnisse um Wechsel- und Nebenwirkungen erweitert. Ärztinnen und Ärzte und Pharmazeutinnen und Pharmazeuten haben ungleiche Kenntnisse über ein und dasselbe Medikament aufgrund unterschiedlicher Ausbildungsschwerpunkte. Während die Ärztin bzw. der Arzt den Fokus darauf legt, welches Medikament wofür und in welcher Dosierung verabreicht werden soll, setzt die Apothekerausbildung den Schwerpunkt auf die Wirkung eines Medikaments. Ein Best Practice ist die Zusammenarbeit im AKH, wo klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich Wirksamkeit und Wechselwirkungen der Medikation beraten. Das Modell könnte Vorbild für den niedergelassenen Bereich sein.

**Das Fachwissen einer Apothekerin oder eines Apothekers** ist auch ein Grund, weshalb die Abgabe von Medikamenten in der Apotheke verbleiben soll und von amerikanischen Modellen abgeraten wird. Der freie Verkauf wie in den USA wird als bedenklich angesehen, da die Beratung zum Produkt und seine mögliche Wechselwirkung mit anderen fehlt. In der Struktur des österreichischen Gesundheitswesens soll die Apothekerin bzw. der Apotheker mit ihrem bzw. seinem Fachwissen ein integraler Bestandteil sein, ihre bzw. seine Kompetenz muss gestärkt werden. Pharmazeutinnen und Pharmazeuten könnten in der Versorgungsstruktur weitere Aufgaben übernehmen, wie z. B. die einer Triagierung, also die Ersteinschätzung einer Patientin bzw. eines Patienten mit einer akut aufgetretenen Gesundheitsstörung. Die Apothekerin bzw. der Apotheker könnte so u. a. als Gate-Keeper fungieren, zur Entlastung der Ärztin oder des Arztes z. B. bei Langzeitrezepten beitragen

und als Multiplikator (z. B. Impferlaubnis) für Gesundheitsthemen betrachtet werden.

**Mit magistralen Rezepturen** können Apothekerinnen und Apotheker gegebenenfalls einen Beitrag zur Überbrückung von Versorgungslücken leisten. Sie sind gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten bemüht, Lösungen einer alternativen Medikation anbieten zu können. Oft sind magistrale Rezepturen, also die Herstellung von Medikamenten durch die Apothekerin oder den Apotheker auf ärztliche Zuweisung, die Lösung des Problems, wenn ein bestimmtes Medikament am Markt nicht verfügbar oder nicht in gewünschter Dosierung oder Darreichungsform vorhanden ist. Magistrale Arzneimittel können als Sicherheitsaspekt in der Versorgung gesehen werden, da diese individuell auf die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten angepasst hergestellt werden.

Bei der Verschreibung und Abgabe vergleichbarer Medikamente könnte die Flexibilität größer sein. Aut idem im Notfall als Möglichkeit bei Nicht-Lieferbarkeit könnte zu einer Verbesserung der Situation von Patientinnen und Patienten sowie der Apotheken gleichermaßen beitragen. Hierfür muss eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Im Vergleich zu Deutschland hat Österreich weniger Probleme, Off-Label-Substanzen zu verschreiben. In der Onkologie z. B. sind oft vergleichbare Substanzen im Einsatz. Manche Medikamente wirken bei einer Gruppe von Erkrankungen hervorragend, wirken aber bei einer ebenfalls bekannten Gruppe von Erkrankungen nicht.

Für jedes Medikament, das eine gewisse Kostenschwelle überschreitet, muss verpflichtend ein Register eingeführt werden. Das gilt für jedes Medikament, das über längere Zeit oder auch nur einmal gegeben wird, aber eine gewisse Einsatzgröße hat. So z. B. ist die finanzielle Grenze ab 20.000 Euro Jahrestherapiekosten vorstellbar, QALYs (quality-adjusted life year) werden in Österreich derzeit nicht als Verrechnungsgröße verwendet.

**Polypharmazie** stellt, vor allem bei der älter werdenden österreichischen Gesellschaft, eine wachsende Herausforderung dar, da das Wechselwirkungsrisiko ab fünf verschiedenen Medikamenten steigt. In der Polypharmazie ist jedoch nicht nur die wissenschaftliche Seite ausschlaggebend, sondern auch die Adhärenz der Betroffenen.

Wenn es zu einem rapiden Anstieg der Medikamenteneinnahme kommt und mehr als fünf Medikamente eingenommen werden, muss sich dieser Polypharmazie angenommen werden, um Wechselwirkungen zu verringern.

## Der Beitrag von Generika und Biosimilars zur Sicherstellung eines leistbaren Gesundheitssystems

Generika leisten einen wichtigen Beitrag, da jeder Prozentpunkt mehr an Generika-Verordnungen eine Ausgaben senkung um zehn Millionen Euro bewirkt. Dadurch können sowohl die Gesundheitsausgaben stabil gehalten als auch eine moderne Arzneimitteltherapie sichergestellt werden. Ein großflächiger Generika-Einsatz unterstützt die Erreichung der 2012 vom Ministerrat und der Bundesgesundheitskommission beschlossenen „Gesundheitsziele Österreich“. Die Zielsteuerung Gesundheit beschäftigt sich auf Bundes- und Landesebenen mit der intra- und extramuralen Schnittstelle und der Verteilung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Auch hier spielen Generika eine wichtige Rolle, weil die Spitalsbehandlung sehr häufig die Therapie im niedergelassenen Erstattungsmarkt beeinflusst.

Bei stationärer Aufnahme muss die bestehende Medikation der Patientinnen und der Patienten auf die Hausliste umgestellt werden. Mit diesen Medikamenten wird die Patientin bzw. der Patient dann entlassen. Der Entlassungsbrief enthält zwar meist den Zusatz, dass die niedergelassene Ärztin bzw. der niedergelassene Arzt ein anderes, wirkstoffgleiches Medikament verordnen kann. Dennoch bedeutet das einen erhöhten Aufwand für die niedergelassene Kassenärztin bzw. den niedergelassenen Kassenarzt und erschwert die Fortsetzung einer Generika-Verordnung.

**Biosimilars** haben in den letzten zwölf Jahren Einsparungen von ca. 357 Millionen Euro<sup>5</sup> im Gesundheitssystem erbracht. Sie können die Behandlungskosten bis zu 53 Prozent senken und somit den breiten Zugang zu innovativen Therapien sichern. Allerdings werden momentan erst 23 Prozent des biosimilarsfähigen Marktes in Österreich ausgeschöpft. Ärztinnen und Ärzte vertrauen behördlichen Zulassungen und sehen die Vorteile

<sup>5</sup> vgl. Website des Biosimilarsverbandes Österreich: <https://biosimilarsverband.at/biosimilars/>

von Biosimilars in der Versorgung und Kostenreduktion. Umfragen zeigen jedoch, dass rund die Hälfte der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner Zweifel an der Gleichwertigkeit von Biosimilars dem Originalpräparat gegenüber hat. Diesen Informationsmangel gilt es mithilfe aller Stakeholder des Gesundheitssystems auszugleichen, um die Einsparungspotenziale, die Biosimilars bieten, zu realisieren, denn eine positive Stellungnahme der AGES aus 2017 zu Switches bzw. Neueinstellung auf Biosimilars unter ärztlicher Beobachtung ist 74 Prozent der Mediziner laut einer rezenten Befragung unbekannt.

---

*Bis 2024 sind durch Biosimilars in Österreich Einsparungen von rund **303 Millionen Euro** möglich, die für andere Therapien eingesetzt werden können.<sup>6</sup>*

---

Eine rasche Gleichpreisigkeit von Referenzarzneimitteln und Biosimilars hat zur Folge, dass Biosimilars am Markt nicht Fuß fassen können. Als Konsequenz ist zu befürchten, dass künftig Biosimilars nicht mehr auf den österreichischen Markt kommen werden. Die bedeutenden Einsparungen gehen dem österreichischen Gesundheitssystem verloren. Die Einführung von Verordnungsquoten wäre ein gangbarer Weg, um Biosimilars am Markt zu halten und zur Versorgungssicherheit und zur nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems beizutragen.<sup>7</sup>

## Versorgung chronisch Kranker

Laut dem vom Bundesministerium für Gesundheit 2013 publizierten Diabetesbericht leiden neun Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in Österreich an Diabetes mellitus. Sechs Prozent der Diabetikerinnen und Diabetiker entwickeln ein diabetisches Fußsyn-

drom. 15 Prozent der Betroffenen wird im Zuge der Behandlung letztlich der Fuß amputiert. 40 Prozent der Amputationen könnten durch moderne Wundmedizin und entsprechende Therapie vermieden werden. Mehrkosten für eine Behandlung mit Produkten der modernen Wundmedizin würden durch die Einsparung von nicht erforderlichen Amputationen und deren Folgekosten (wie einer Rehabilitation) mehr als aufgewogen. Darüber hinaus wird die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, bei denen eine Amputation vermieden wurde, nicht eingeschränkt.

**Betreuungs- und Therapieprogramme** für Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetiker wie TherapieAktiv<sup>8</sup> der Österreichischen Gesundheitskasse werden in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft angeboten, allerdings zu wenig genutzt. Deshalb ist die Information für Patientinnen und Patienten zu verstärken, um mehr Bewusstsein zu schaffen und ein Monitoring auszubauen, durchaus mit webbasierten Therapiemaßnahmen und mobilen Anwendungen.

**Die Apotheke könnte bei der Versorgung chronisch Kranker** eine bedeutendere Rolle spielen, indem Disease-Management-Programme unter Einbeziehung der öffentlichen Apotheke entwickelt werden. Nimmt man als Beispiel Diabetikerbedarf, erhalten Betroffene in der Apotheke Medikamente und im Gesundheitszentrum der Gebietskrankenkasse Zuckermessstreifen. Oftmals kommen Patientinnen und Patienten zurück in die Apotheke, um sich erklären zu lassen, wie das Zuckermessgerät funktioniert. Komplexe Systeme und Wege der Versorgung wie diese machen es den Patientinnen und Patienten schwer, sich zurechtzufinden und den richtigen Ansprechpartner zu finden. Um sich als Patientin oder Patient Weg und Zeit ersparen zu können, sollten sämtliche gesundheitsbezogene Notwendigkeiten, wie beispielsweise in diesem Fall Diabetikerbedarf, in einer zentralen Anlaufstelle, etwa in der Apotheke, gebündelt werden (One-Stop-Shop).

---

<sup>6</sup> <https://biosimilarsverband.at/biosimilars/>

<sup>7</sup> Referenzen Verordnungsquoten: Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2020 für Westfalen-Lippe Arzneiverordnungsreport 2019: Quoten für D, F, Belgien; KPMG Report: Improving healthcare delivery in hospitals by optimized utilization of medicines (Okt. 2019); Policies for biosimilar uptake in Europe: An overview (Seite 2/17).

---

<sup>8</sup> [www.therapie-aktiv.at](http://www.therapie-aktiv.at)



## QUERSCHNITTMATERIE AUSBILDUNG



Bei Gesundheitsberufen bedarf es einer Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung für den hohen Stellenwert von Produkten der modernen Wundversorgung für eine optimale Patientenversorgung. Deshalb ist im Zuge einer bedarfsgerechten Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe das Thema Wundmedizin verstärkt einzubinden.

Mit laufender Information zur optimalen Versorgung mit innovativen Verbandstoffen können Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal die Vielfalt der Produktauswahl und deren umfangreiche Einsatzmöglichkeiten in der Wundversorgung gezeigt werden. Den Behandlern muss auch ermöglicht werden, die Patientin und den Patienten dem jeweiligen Krankheitsbild und den damit verbundenen medizinischen Anforderungen entsprechend zu versorgen.

Es ist nicht nur sinnvoll und wichtig, das Berufsrecht des „Wundmanagers“ nachhaltig zu ändern, sondern gleichzeitig eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen (z. B. Ärztin/Arzt und Pflege) zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu fördern.

## QUERSCHNITTMATERIE DIGITALISIERUNG



Die Auswahl des richtigen Medikaments in Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt funktioniert im Krankenhaus sehr gut. In der öffentlichen Apotheke muss der Feedback-Loop mit der verschreibenden Ärztin und dem verschreibenden Arzt berücksichtigt werden.

**E-Medikation bzw. ELGA könnten** für eine digitale Erfassung und das Abgleichen der Medikation genutzt werden. Dies ist für die lückenlose Verbindung zwischen intra- und extramuraler Verschreibung eine Notwendigkeit. Sinnvoll wäre es auch, wenn die Apothekerin oder der Apotheker wie die Ärztin bzw. der Arzt Einsicht in alle Medikamente der Patientin oder des Patienten hätte – derzeit steht Apothekerinnen und Apothekern ein Zwei-Stunden-Fenster zur Einsicht in ELGA zur Verfügung. Auch AMTS, ein elektronisches System, in welches die Medikamente eingepflegt

werden, könnte als Tool für einen elektronischen Austausch genutzt werden.

**Mit Einführung des elektronischen Rezepts** sind zumindest die Kassenärztin bzw. der Kassenarzt und die Pharmazeutin bzw. der Pharmazeut durch ein System in Verbindung. Problematisch wird es, wenn z. B. eine Ärztin oder ein Arzt in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten die Opt-out-Möglichkeit wählt und dadurch verschriebene Psychopharmaka oder andere Gesundheitsdaten von Labor- und Röntgenbefunden nicht im System erfasst sind.

**Elektronische Diabetesmanagementsysteme** mit integrierter Entscheidungsunterstützung können Blutglukosewerte direkt aus dem Laborinformationssystem importieren, grafisch darstellen und einen Insulindosisvorschlag für den jeweiligen Zeitpunkt geben. Solche Systeme visualisieren das Diabetesmanagement besser, es kommt zu einer geringeren Fehlerhäufigkeit und besseren Blutglukoseeinstellung. In Europa gibt es ein CE-zertifiziertes System (GlucoTab, decide Clinical Software), in den USA ist ebenfalls ein System (Glucocommander, Glytec) von der Food and Drug Administration (FDA) zugelassen.<sup>9</sup>

**Es muss zu einem Umdenken bei der Datenverwendung zur Auswertung** vor, während und nach dem Zulassungsprozess kommen. Bei klinischen Prüfungen können demnächst Real-World-Daten (RWD) eingesetzt werden. Österreich muss auch festlegen, wie in den Behörden mit solchen Daten umgegangen wird. RWD-Analysen der Unternehmen müssen überprüfbar gemacht werden. Auch die Anforderungsprofile an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behörden werden sich diesbezüglich in Zukunft ändern. Deshalb bedarf es, über eine umfangreiche Entwicklungsstrategie hinaus, eines spezifischen Ausbildungskonzeptes.

## QUERSCHNITTMATERIE PATIENTENORIENTIERUNG



Grundsätzlich sind alle gesundheitspolitischen Maßnahmen dahingehend zu prüfen, ob sie für die Patientin

<sup>9</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft: Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis. In: Wiener klinische Wochenschrift, 131. Jahrgang, Springer-Verlag Wien 2019, S. 208.

oder den Patienten vorteilhaft sind und die Effektivität und Effizienz therapeutischer Interventionen verbessern. Wesentliche Aspekte sind der gleiche Zugang zu den angezeigten medizinischen Leistungen für alle Patientinnen und Patienten unter Wahrung der nachhaltigen Finanzierbarkeit. Generika und Biosimilars leisten hier ihren Beitrag, indem sie den Zugang zu innovativen Therapien verbreitern und oft auch verbesserte Applikationsformen, längere Stabilitäts- und daher verbesserte Haltbarkeitsdaten bieten können. Um Patientinnen und Patienten zu motivieren, sich günstigere Biosimilars verschreiben zu lassen, wäre eine Reduktion oder der Wegfall der Rezeptgebühr vorstellbar nach dem Vorbild des AOK-Bundesverbands in Deutschland.

Um niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. Krankenhäusern Anreize zu bieten, auf ein günstigeres Biosimilar umzusteigen, sind sogenannte Gainsharing-Modelle<sup>10</sup> eine adäquate Möglichkeit. Durch erzielbare Einsparungen können mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden oder die erzielten Einsparungen können dafür verwendet werden, mehr Pflegepersonal einzustellen. Einsparungen können aber auch für die Behandlung von anderen Patientinnen und Patienten mit innovativen Medikamenten bzw. Medizinprodukten verwendet werden.

**Um die Herausforderungen der Zukunft** wie den demografischen Wandel zu bewältigen, bedarf es einer besseren Vernetzung innerhalb des Gesundheitssystems zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung – unabhängig davon, ob die Menschen in einem Ballungszentrum oder in einer ländlichen Region ihren Lebensmittelpunkt haben.

**Bei der Verwendung von Medizinprodukten** ist die Qualität und State-of-the-Art-Versorgung der Patientin oder des Patienten primäres Entscheidungskriterium. Innovative Wundprodukte und Verbandstoffe beschleunigen den Heilungsverlauf nachhaltig und reduzieren die Schmerzen der Patientinnen und Patienten. In Ver-

bindung mit dem Know-how der Pflege für Verbandswechsel und dem mobilen Einsatz eines Wundmanagers entstehen den Patientinnen und Patienten insgesamt geringere Zusatzkosten für Schmerzmittel oder zusätzliche Therapien. Letztendlich fördern effiziente und effektive Produkte der modernen Wundmedizin die gesellschaftliche Reintegration durch geringere Einschränkungen im täglichen Leben. In diesem Sinne wird eine verständliche Aufklärung der Patientin oder des Patienten über den Sachverhalt empfohlen.

**Die Rahmenbedingungen für die gesamte Versorgungskette** von Arzneimitteln und Medizinprodukten sind im Sinne der Patientenorientierung so zu gestalten, dass Lieferengpässe möglichst vermieden werden.

**Adhärenz:** Der allgemeine Wunsch ist, dass alle gesund älter werden, länger im Erwerbsleben bleiben können und auch im Alter möglichst wenige Medikamente benötigen. Eine unregelmäßige oder unsachgemäße Einnahme von Medikamenten könnte an einer Zustandsverschlechterung der Patientinnen und Patienten mit schuld sein. Eine Nichtbefolgung der Therapieempfehlung sollte möglichst vermieden werden. Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt, ebenso die Ordinationsassistenz und insbesondere die Apothekerin und der Apotheker als abgebende Stelle sollten verstärkt Aufklärungsarbeit hinsichtlich der notwendigen Therapietreue leisten, wobei dieser Beratungsaufwand auch honoriert werden sollte. Vielen Patientinnen und Patienten muss erklärt werden, warum das verschriebene Medikament wichtig ist, wie das Medikament eingenommen werden muss oder welche Nebenwirkungen auftreten könnten. Das Wissen über eine Medikation muss auch wiederholt werden, da oft in Vergessenheit gerät, welche Informationen die Ärztin oder der Arzt ihnen mitgegeben hat. Das Wiederholen des Wissens ist essenziell. Je weniger die Patientin oder der Patient informiert ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass das Medikament nicht so eingenommen wird, wie es sollte.

<sup>10</sup> Switch Management between Similar Biological Medicines, A Communication and Information Guide for Nurses. June 2018.

# Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

## 82. PRAEVENIRE WEISSBUCH GIPFELGESPRÄCH

### Versorgungs- und Gesundheitsziele

Ausgehend von den Menschen – was diese wann, wo, von wem und in welcher Form benötigen – waren sich die beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch für das Weißbuch teilnehmenden Expertinnen und Experten einig, dass sowohl die Versorgung in Österreich gestärkt werden als auch die Therapie, sowohl bei weit verbreiteten Lebensstilerkrankungen als auch bei seltenen Erkrankungen, verbessert werden muss. Nur so könne man der Erreichung der Gesundheitsziele einen entscheidenden Schritt näher kommen.

#### Status quo

Für die Versorgung spezieller Krankheitsbilder, wie beispielsweise Diabetes, wurden Disease-Management-Programme entwickelt. Allerdings haben diese bislang nur sehr geringe Akzeptanz gefunden. Generell hinkt Österreich in der Behandlung von Diabetes im europäischen Vergleich hinterher. So liegt die Zahl der damit zusammenhängenden Amputationen deutlich über dem Niveau anderer Länder, wobei die skandinavischen Staaten hier Vorbilder sein können. Beispiele aus Dänemark und den Niederlande zeigen, dass multiprofessionelle Diabetesversorgungszentren, in denen Fachärzte, Diätologen und andere Gesundheitsdienstleister Patientinnen und Patienten mit vielfältigen Therapieangeboten aus einer Hand versorgen, gute Ergebnisse in der Behandlung zeigen. Generell sei, um die Therapietreue möglichst hoch zu halten, eine professionelle Begleitung notwendig. Auch müsse in gleicher Sprache über Maßnahmen gesprochen werden.

Wichtig sei die Früherkennung gerade bei weit verbreiteten Lebensstilerkrankungen wie Diabetes und Hypertonie, denn dadurch können Folgeschäden und damit Kosten vermieden werden. Hier können vor allem Apotheken mit ihrem niederschweligen Zugang bei gleichzeitig hoher Kundenfrequenz sowie flächendeckenden Standorten einen wichtigen Beitrag leisten. Generell gelte es, so die Meinung der Expertinnen und Experten, das Präventionsverhalten zu stärken. Hier müsse schon bei jungen Menschen ab dem Kindergartenalter angesetzt und nachhaltige Gesundheitskompetenz aufgebaut werden.

#### Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten stabilisieren

Arzneimittel sind ein wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung. Die aktuelle Entwicklung zeigt allerdings deutlich, dass diese im Moment nur unzureichend gegeben ist. Die Forderung nach einer Rückholung der Produktion nach Europa und Österreich im Speziellen sei, so sind sich die Expertinnen und Experten einig, in der Praxis nicht so einfach zu realisieren. Neben Rohstoff-, Standort- und Umweltbedenken sei es auch eine Frage der Wirtschaftlichkeit, die in vielen Fällen gegen eine Produktion in Europa spreche. Als realistisch erachten sie, die Lagerbestände zu erhöhen. Auch dazu müsse man neue Wege beschreiten, wie beispielsweise Privat-Public-Partnership(PPP)-Modelle, da pharmazeutische Betriebe nicht allein die Last einer deutlich höheren Lagerhaltung tragen können. Um den Standort Öster-



#### WANN

Dienstag, 24. März 2020 |  
17:00–19:00 Uhr



#### WO

Videokonferenz

#### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. pharm. Monika Aichberger**  
Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Oberösterreich der Österreichischen Apothekerkammer
- **Dr. Wolfgang Andiel**  
Präsident des Österreichischen Generikaverbandes
- **Dr. Alexander Biach**  
Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien
- **Mag. Martina Laschet**  
Initiative Wund?Gesund!
- **Mag. Philipp Lindinger**  
Initiative Wund?Gesund!
- **Dr. Sabine Möritz-Kaisergruber**  
Präsidentin des Biosimilarsverbandes Österreich
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**  
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Dr. Andreas Windischbauer**  
Präsident des Verbands der österreichischen Arzneimittel-Vollgroßhändler PHAGO

Moderation:  
Robert Riedl | PERI Group

reich für die Herstellung von Medizinprodukten zu stärken, muss es hierzulande eine zertifizierte Zulassungsstelle geben.

### **Herausforderungen**

Österreich hinkt in der Behandlung von Diabetes im europäischen Vergleich hinterher. So liegt die Zahl der damit zusammenhängenden Amputationen deutlich über dem Niveau anderer Länder, wobei die skandinavischen Staaten hier Vorbilder sein können.

Für die Versorgung spezieller Krankheitsbilder, wie beispielsweise Diabetes, wurden Disease-Management-Programme (DMP) entwickelt, allerdings haben diese bislang nur sehr geringe Akzeptanz gefunden.

Eine Umfrage für den Wundreport zeigt, dass die Patientinnen und Patienten einen sehr langen Leidensweg haben, bis sie jemanden finden, der das Wissen hat, wie eine Wunde entsprechend versorgt werden muss. Wenn eine erkrankte Person allerdings richtig diagnostiziert, gut eingestellt ist und zusätzlich noch die Wunde gut versorgt wird, dann kann man diese zum Abheilen bringen.

Gerade bei Diabetes und Hypertonie kommen die Menschen viel zu spät zu ihrer Diagnose und zur richtigen Therapie.

Mithilfe der Digitalisierung und bereits in ELGA integrierten Modulen sollte eine bessere Abstimmung der Arzneimitteltherapie zwischen extra- und intramuralem Bereich erzielt werden.

Durch Auswertungen von Arzt-Konsultationen könnte man durch die Besuchsmuster Hinweise auf noch nicht diagnostizierte (seltene) Erkrankungen finden und so Patientinnen und Patienten eine frühere spezifische Therapie ermöglichen.

### **Handlungsempfehlungen**

- Patientinnen und Patienten müssen von der Teilnahme an DMP überzeugt werden.
- Durch eine Früherkennung gerade bei weit verbreiteten Lebensstilerkrankungen könnten Folgeschäden und damit Kosten vermieden werden.
- Generell muss das Präventionsverhalten gestärkt werden. Hier müsse schon bei jungen Menschen ab dem Kindergartenalter angesetzt und nachhaltig Gesundheitskompetenz aufgebaut werden. Das erfordert die Stärkung der Gesundheitsberufe ebenso wie jene der Kompetenz der Patientinnen und Patienten.
- Ziel muss es sein, den Betroffenen eine State-of-the-Art-Wundbehandlung zukommen zu lassen und diese auch zu finanzieren.
- Der enorme Kostendruck durch die degressive Preisgestaltung mit den Gesundheitssystemen führt dazu, dass die Hersteller diesem Kostendruck nachgebend irgendwo in Länder gehen, wo die Produktion günstiger ist. Die Forderung nach einer Rückholung der Produktion nach Europa und Österreich im Speziellen ist in der Praxis nicht so einfach zu realisieren. Neben Rohstoff-, Standort- und Umweltbedenken sei es auch eine Frage der Wirtschaftlichkeit, die in vielen Fällen gegen eine Produktion in Europa spreche.
- Zu überdenken ist die derzeitige Verschreibungspraxis, die ein flexibles Ausweichen auf ein verfügbares, wirkstoffgleiches Produkt erschwert und oftmals zu Irritationen bei Patientinnen und Patienten führt und zu Lasten der Therapietreue geht.

- Es sollte eine höhere Verpflichtung für den Hersteller geben, dass er handeln muss, wenn es Lieferschwierigkeiten gibt. Eine realistische Maßnahme gegen Versorgungsschwierigkeiten wäre, die Lagerbestände zu erhöhen.
- PPP-Modelle und Beteiligungen in Bezug auf die Finanzierung von Forschung in Kooperationen und höherpreisige Medizinprodukte könnten eine Lösung sein.

### **Mission Statement**

Mithilfe der Digitalisierung und bereits in ELGA integrierten Modulen sollte eine bessere Abstimmung der Arzneimitteltherapie zwischen extra- und intramuralem Bereich erzielt werden. Zu überdenken sei auch die derzeitige Verschreibungspraxis, die ein flexibles Ausweichen auf ein verfügbares, wirkstoffgleiches Produkt erschwere und oftmals zu Irritationen bei Patientinnen und Patienten führt und zu Lasten der Therapietreue gehe. Ein weiterer Ansatzpunkt bei chronischen bzw. seltenen Erkrankungen seien digitale Anwendungen. Zum einen können Patientinnen und Patienten damit den eigenen Gesundheitszustand selbstständig und engmaschiger beobachten. Zum anderen ließen sich durch Auswertung von Arzt-Konsultationen Hinweise auf noch nicht diagnostizierte seltene Erkrankungen erreichen, die Patientinnen und Patienten eine frühere spezifische Therapie ermöglichen.

### 03. REGIONALES PRAEVENIRE GENERIKA GIPFELGESPRÄCH

# Die Leistung der Generika in einer modernen Arzneimitteltherapie



**WANN**

Donnerstag, 09. Mai 2019 |  
ab 18:30 Uhr



**WO**

Leonding

#### KEYNOTE

Die Leistung der Generika in einer modernen Arzneimitteltherapie

- Dr. Wolfgang Andiel  
Präsident des Österreichischen Generikaverbandes

#### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Dr. Selma Aydin-Yilmaz  
Ärztin in Leonding
- OA Dr. Christof Bocksrucker  
Arzt in Hagenberg
- Dr. Ronald Ecker  
Arzt in Marchtrenk
- Dr. Klemens Kern  
Arzt in Linz
- OÄ Dr. Elisabeth Mayrwöger  
Leitende Ärztin im Kepler  
Universitäts Klinikum
- Dr. Andreas Pühringer  
Arzt in Leonding
- Dr. Thomas Schützenhofer  
Psychiater in Linz
- Dr. Gerald Wolfschütz  
Arzt in Linz

Moderation:

Robert Riedl | PERI Group

#### Motivation zur Generikaverschreibung

Führender Gedanke bei der Verschreibung von Generika bleibt die ökonomische Komponente. Das gute Verhältnis zu der Krankenkasse drückt sich in der eigenen achtsamen Verschreibepaxis aus und beim Wunsch, zum Erhalt der solidarischen Komponente des österreichischen Gesundheitssystems beizutragen, insbesondere, da das Generikum als qualitativ gleichwertig zum Originalpräparat angesehen werden kann.

Bei jungen Ärztinnen und Ärzten gehören die Nachfolgemedikamente zur Normalität des Praxisalltags, da diese die anfängliche Problematik bei der Markteinführung nicht mehr miterlebt haben.

Kosteneinsparungen sind auch maßgebend bei der Verschreibung von Generika im ambulanten Bereich. Doch hier wurde auch eine weitere Komponente hervorgehoben, die gerade für Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Psychiatrie und bei der Betreuung von vulnerablen Gruppen wichtig ist: das oftmals breite Portfolio an Dosierungsmöglichkeiten bei Generika.

Diese Dosistitrationsmöglichkeit ist gerade im psychiatrischen Bereich wichtig, um die Patientinnen und Patienten schrittweise an die Medikation heranzuführen. Dies ermöglicht, vorsichtig mit einer Therapie einschleichend zu beginnen bzw. sie ausschleichend zu beenden.

Für die Verschreibungspraxis kommt aber auch ein weiterer Faktor zum Tragen: Die professionelle Betreuung der Außendienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter von Pharmaunternehmen ist immer noch ein maßgebender Faktor bei der Entscheidung für ein Präparat.

---

#### AUS DER DISKUSSION ...

*„Der ökonomische Gedanke bei der Verschreibung von Generika ist bei gleicher Qualität ein Hauptfaktor, vor allem bei Neueinstellungen.“*

---

#### Erfahrungen zur Patientenreaktion auf Generika aus der Praxis

Die Akzeptanz von Generika in der Bevölkerung hat sich generell verbessert und ihr Einsatz wird mittlerweile großteils als selbstverständlich betrachtet, dies gilt auch bei einer eventuellen Umstellung der Medikation. Mögliche Lieferengpässe von Medikamenten haben auch zu einer erhöhten Akzeptanz von Umstellungen beigetragen. Eine Umstellung ist jedoch stark von der Verfassung der Patientin oder des Patienten abhängig. So gibt es durchaus Patientinnen und Patienten, die krankheitsbedingt seit vielen Jahren auf ein Originalpräparat eingestellt sind. In diesen Fällen wird von einem Wechsel des Präparats abgesehen. Hier treten auch relevante Unterschiede von Fach zu Fach auf.

Kommt es zu Problemen bei der Umstellung, liegt dies meistens an der Furcht des Patienten, dass ein „billigeres“ Medikament auch schlechter sein muss und dass die Verschreibung auf die „Zwei-Klassen-Medizin“ zurückzuführen ist, also als eine Benachteiligung erlebt wird.

Vorrangig geht es der Patientin oder dem Patienten bei der Verschreibung um die gleiche Effektivität des Präparats und weniger um die Frage der „Qualität“. In

manchen Fällen klagen Patientinnen und Patienten über unerwünschte Nebenwirkungen. Auch wenn sich diese aus fachlicher Sicht nicht belegen lassen und für die Ärztin oder den Arzt oftmals nicht nachvollziehbar sind, kann er die Meinung der Patientin oder des Patienten nicht ignorieren. Im Zweifel wird also das gewünschte Präparat verordnet.

---

#### **AUS DER DISKUSSION ...**

*„Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind von den Krankenkassen angewiesen, ökonomisch zu verschreiben. In der Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten sollte aber die Qualität des Präparats in den Vordergrund gestellt werden und nicht die Einsparmaßnahmen.“*

---

#### **Generika und der intramurale Bereich**

Der Nimbus des Krankenhauses ist im Schwinden, es gibt den Ruf des umfassenden Servicecharakters nicht mehr. Die Wartezeiten sind länger und Patientinnen und Patienten werden möglichst ambulant versorgt. Die Meinung bei der Bevölkerung, dass sich die Versorgung allgemein hin verschlechtert, verstärkt sich. Die Wartezeiten in den Krankenhäusern und bei den Fachärztinnen und -ärzten verlängern sich.

Jedoch bleibt das Ansehen der Verschreibung des Krankenhauses immer noch sehr gewichtig für die Patientin und den Patienten und da diese oft Originalpräparate verschreiben, ist dies auch mit einem Umstellungsaufwand und Erklärungen durch praktische Ärztinnen und Ärzte verbunden.

In den oberösterreichischen Spitälern wird in vielen Häusern im Arztbrief angeführt, dass mit Generika keinerlei Qualitätsbeeinträchtigungen verbunden sind und dass die Hausärztin oder der -arzt auf ein solches Präparat umstellen kann. Die persönliche Aufklärung der Patientin oder des Patienten durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt ist in diesen Fällen sehr wichtig, aber auch zeitintensiv. Deswegen wird sie in Oberösterreich auch durch die Honorarposition „Ein- und Umstellung von Generika“ honoriert.

In den Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder ist dank der digitalen Patientenakte inklusive Medikationsdaten die Wiederverschreibung der kostengünstigen Medikation für Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem stationären Bereich automatisiert. Bei der Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten wird die mitgebrachte Medikation elektronisch umgeschlüsselt auf jene Präparate, die in der Anstaltsapothekenvorrätigkeit sind. Im Zuge des Entlassungsprozesses werden die Medikamente dann rückgeschlüsselt. Seit der Einführung der digitalen Patientenkommunikation liegt der Generikaanteil in den Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder bei 66 Prozent. Dieser Wert ist im Vergleich zu anderen Krankenhaus-einrichtungen sehr hoch.

---

#### **AUS DER DISKUSSION...**

*„Gerade bei der Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus ist es wichtig, bei der Umstellung auf Generika Aufklärungsarbeit zu leisten. Deshalb ist es gut, dass dies in Oberösterreich auch honoriert wird.“*

---

#### **Erhöhung der Generikaquote**

In Oberösterreich ist die Generikaquote bereits sehr hoch. Dennoch wurden, vor dem Hintergrund der versammelten Praxiserfahrung, Möglichkeiten diskutiert, wie man diese Quote noch weiter erhöhen kann. Als größter potenzieller An-



satzpunkt wird hier die Erstverschreibung gesehen. Denn eine Umstellung in einem zweiten Moment ist bereits eine erste Hürde in der Akzeptanz der Patientinnen und Patienten. Ein praktischer Vorschlag wäre auch, im Entlassungsbrief des Krankenhauses nur die Substanzen anzuführen und sich nicht im Vorfeld auf ein Präparat festzulegen. Für Verschreibungen ist dies natürlich kein gangbarer Weg, da der Apothekerin oder dem Apotheker ein Präparat und kein Wirkstoff genannt werden muss. Dies wäre ein erster Schritt in der Erleichterung der Verschreibung. Denn ein häufiger Therapiewechsel führt zu Unsicherheiten.

Ein Argument, das zu einer erhöhten Akzeptanz bei der Patientin oder beim Patienten führt, sind österreichische Anbieter bzw. „Made in Austria“.

Auch bei der Verschreibung durch die Ärztin oder den Arzt ist die Regionalität des Anbieters und die Servicekomponente der Außendienstmitarbeiter und -mitarbeiterinnen, welche auch einen Einfluss auf die Verschreibung haben, hervorzuheben.

Der Verweis auf die Vorgaben der Krankenkasse hilft bei der Argumentation von Generika der Patientin oder dem Patienten gegenüber in der Verschreibungspraxis.

---

#### **AUS DER DISKUSSION ...**

*„Bei all den Bemühungen in der Praxis steht und fällt eine Erhöhung des Anteils an Generika mit der Verschreibungspraxis aus dem intramuralen Bereich.“*

---

#### **Zusammenarbeit mit Apotheken**

Die Apotheken werden immer wieder als Unsicherheitsfaktor in der Verschreibungskette benannt. Extramurale Apotheken sind nicht dazu verpflichtet, das günstigere Medikament auszugeben, sondern müssen sich an die Verschreibung der Ärztin oder des Arztes halten. De facto ist die Apothekerin oder der Apotheker dazu verpflichtet, jenes Medikament auszuhändigen, welches von der Ärztin bzw. vom Arzt verschrieben wird. Kommt es zu hohen Schwankungen in den Verschreibungsgewohnheiten, ist dies für Apotheken aufgrund der Lagerhaltung problematisch. In der Praxis berufen sich Apothekerinnen und Apotheker hier oft auf das Rezeptpflichtgesetz, welches den Passus beinhaltet, dass die Patientin oder der Patient nicht unversorgt die Apotheke verlassen darf und die Apothekerin oder der Apotheker im Notfall, dessen Einschätzung ihm selbst obliegt, auf indikationsähnliche Produkte zurückgreifen kann. Auf dieser Basis gibt es zwar eine rechtliche Grundlage, die aber viel Raum für Interpretation lässt, welche bisweilen ausgenutzt wird und die Verschreibungspraxis der Ärztin bzw. des Arztes untergraben kann.

---

#### **AUS DER DISKUSSION ...**

*„In Österreich sind Apotheken nicht verpflichtet, das kostengünstigste Mittel mit dem gleichen Wirkstoff zu verkaufen.“*

---

#### **Patientenkommunikation**

Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung ist notwendig. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz oder des Gesundheitswissens der Laien zur Thematik wurde als vielversprechender Weg genannt, die Akzeptanz von Generikaverschreibungen weiter zu erhöhen. Eine Kampagne in Laienmedien wurde vorgeschlagen; die Hauptmessage sollte die Wirkstoffgleichheit bei gleichzeitiger Entlastung der Budgets des Gesundheitssystems sein. Optional, wo dies möglich ist, könn-



te auch die österreichische Generikaproduktion in den Fokus gerückt werden. Österreichische Herstellung als Qualitätsargument ist in der Bevölkerung mit Vertrauen verbunden.

Die Produktion von Foldern wurde genannt, die in verschiedene Sprachen übersetzt werden, um auch Aufklärungsarbeit bei Personen mit Migrationshintergrund zu leisten.

---

#### **AUS DER DISKUSSION ...**

*„Für die Patientinnen und Patienten ist die Frage entscheidend, ob die Wirksamkeit des Generikums derjenigen des Originals entspricht und keine zusätzlichen unerwünschten Wirkungen auftreten. Bezüglich der Arzneimittelqualität wird jedoch mehrheitlich nicht zwischen Original und Generikum unterschieden.“*

---

#### **Verschreibung von Generika bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund**

Menschen mit Migrationshintergrund haben zum Teil erhebliche Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Sprachbarrieren und teilweise mangelhafte Alphabetisierung machen das Aussehen der Medikamente sehr wichtig für die Wahrnehmung. Werden Präparate in der Apotheke ausgetauscht und ändern sich Größe, Farbe und Form, kann das zu falscher Dosierung und Mehrfacheinnahmen führen, da das veränderte Aussehen suggeriert, dass es sich um ein anderes Medikament handelt.

Für viele gläubige Muslimas und Muslime sind Medikamente in Kapselform tabu, da Kapselhüllen tierische Substanzen, wie Gelatine, enthalten können. Deshalb sollte man möglichst auf Kapseln verzichten bzw. Verpackungen mit dem Siegel „Vegan“ oder „Halal-Zertifiziert“ kennzeichnen.

Auch eine mehrsprachige Beratung ist ein wichtiges Thema und hier könnten fremdsprachige Fachinformationen zu den Präparaten umgesetzt werden, um auch den Patientinnen oder den Patienten mit fehlenden Deutschkenntnissen die wichtigsten Informationen mitzugeben.

---

#### **AUS DER DISKUSSION...**

*„Bei der Beratung, Information und Kommunikation von fremdsprachigen Patientinnen oder Patienten gibt es hohes Verbesserungspotenzial. Es sollten Informationsmaterialien in mehreren Sprachen als Hilfestellung für Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten bereitgestellt werden.“*

---

## 05. REGIONALES PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

# Onkologische Versorgung im Wandel: Determinanten der gesellschaftlichen Nutzen-Bewertung

**WANN**

Sonntag, 18. August 2019 |  
17:00–19:00 Uhr

**WO**

Schafalm in Alpbach

**PRÄSENTATION DER STUDIE**

Onkologische Versorgung im Wandel:  
Determinanten der gesellschaftlichen  
Bewertung

- Dr. Thomas Cypionka  
Head of IHS Health Economics and  
Health Policy

**DISKUSSIONSTEILNEHMENDE**

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Dr. Christian Bernard  
Direktor der Pensionsversicherungs-  
anstalt für Tirol
- ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Binder  
Medizinischer Direktor des Wiener  
Gesundheitsverbundes
- Maria Grander  
Präsidentin der Selbsthilfe Tirol,  
Landesvorsitzende des ÖGKV Tirol
- MR Dr. Ludwig Gruber  
Vizepräsident der Ärztekammer  
für Tirol
- Mag. Sigrid Haslinger  
Head of Market Access von MSD  
Österreich
- Ina Herzer  
Geschäftsführerin von MSD Österreich
- Landtagspräsidentin Sonja  
Ledl-Rossmann  
Präsident des Tiroler Landtags
- OA Dr. Georg Pall  
Univ.-Klinik für Innere Medizin V,  
Hämatologie / Onkologie, Leitung des  
Schwerpunktes Thorakale Onkologie
- Mag. Martin Schaffenrath,  
MBA, MBA, MPA  
Mitglied des Verwaltungsrates der  
Österreichischen Gesundheitskasse
- Dr. Artur Wechselberger  
Präsident der Ärztekammer für Tirol
- Gert Weinmann  
Persönlich Betroffener
- Dr. Elisabeth Zanon  
Vorsitzende der Tiroler Hospiz-  
Gemeinschaft

Aufgrund der demografischen Entwicklung Österreichs steigt sowohl die Krebsprävalenz als auch die Krebsinzidenz an. Dank des medizinischen Fortschritts ist der Behandlungserfolg bei Diagnose Krebs verbessert worden, die Überlebenschancen und die Möglichkeit, weiter am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, sind gestiegen. Nicht zuletzt ist dies hocheffektiven, jedoch auch kostenintensiven neuen Entwicklungen wie Immunonkologika geschuldet. Die Kombination der beiden Entwicklungen stellt eine Herausforderung für das österreichische Gesundheitssystem dar und bringt die Entscheidenden in ein komplexes Spannungsfeld aus ethischen, wissenschaftlichen und finanziellen Fragen.

In der vom PRAEVENIRE Gesundheitsforum beauftragten Studie „Onkologische Versorgung im Wandel: Determinanten der gesellschaftlichen Bewertung“ von Dr. Cypionka steht nicht zuletzt die Frage nach einer gesellschaftlichen Kosten-Nutzen-Analyse im Zentrum, die weiter greift als eine einseitige Kostendebatte in der Versorgung. In der Studie wurde versucht, einen konzeptuellen Rahmen zu erstellen, um die Einflussfaktoren auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu beleuchten. Laut Literatur gibt es folgende Einflussfaktoren:

**Direkte Kosten**

- Medizinische Kosten
  - Preise der Medikamente (z. B. Wettbewerb, Generika oder Biosimilars können die Preise senken und das Kosten-Nutzen-Verhältnis günstig beeinflussen)
  - Einsatzform der Medikamente (z. B. Wechselwirkungen von Medikamenten; es gibt Therapien/Innovationen, die substituierend wirken)
- Nicht medizinische Kosten
  - z. B. Pflegeausgaben, Krankengeld, Transportkosten etc.

**Indirekte Kosten (oder „soziale Kosten“)**

- Kosten, die einem Arbeitsausfall geschuldet sind (schonendere Therapien können den Verbleib im Arbeitsleben leichter gewährleisten)

**Intangible Kosten**

- Kosten, die nicht unmittelbar monetär bewertbar sind (z. B. psychische Belastungen durch Diagnose, Veränderung der Lebensumstände, Einschränkung der Lebensqualität)

Es ist festzuhalten, dass eine gesamtgesellschaftliche Betrachtung von Kosten und Nutzen zu berücksichtigen ist. Denn aus globaler Perspektive sind die Therapiekosten hochpreisiger Medikamente lediglich ein Faktor, der berücksichtigt werden muss. Erhöhte Vitalität, längeres Leben, Teilhabe an der Gesellschaft oder Reintegration in den Arbeitsmarkt werden durch heutige Therapien erleichtert.

**Betreuung der Patientinnen und Patienten**

Ein wesentlicher Punkt der Patientenbetreuung ist, dass der Therapieplan von Anfang bis Ende mit der Patientin und dem Patienten besprochen wird und den

Angehörigen ausreichend Know-how über die neuen Umstände bereitgestellt wird. Dazu gehört auch, den Mut zu haben, den Patientinnen und Patienten gegenüber ehrlich zu sein, und zu sagen, wenn eine Therapie besser nicht gemacht werden soll. Es muss die Ehrlichkeit gegeben sein, diese Nutzen-Kosten, also die Individualnutzen sowie die gesellschaftlichen Nutzen, zusammen zu sehen. Die Politik ist gefordert, die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen auszugestalten. Diese Entscheidung soll nicht der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt aufgebürdet werden. Sie muss gesamtgesellschaftlich thematisiert und diskutiert sowie politisch entschieden werden. Es ist wünschenswert, einheitliche Richtlinien zu etablieren, welche Kosten die Gesellschaft bereit ist zu tragen und zu unterstützen.

### **Arbeitsmarktpolitik**

Seitens der Arbeitsmarktpolitik wäre zu begrüßen, wenn diese es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, am Arbeitsmarkt teilzuhaben. Um Menschen in die Arbeitswelt reintegrieren zu können, ist innerbetrieblich viel an politischer Unterstützung erforderlich. Zudem wäre es zur Vermeidung von Frühpensionierungen wichtig, Patientinnen und Patienten eine Hilfestellung durch erfahrene Arbeitskräfte bieten zu können und Perspektiven für ein Arbeitsleben mit oder nach der Diagnose Krebs.

### **Medikamente**

Im innerösterreichischen Diskurs wird beobachtet, dass im Kontext des Medikamentendiskurses der finanzielle Aspekt, der Preis, besonders betont wird, wohingegen der individuelle und volkswirtschaftliche Gesamtnutzen zu wenig thematisiert wird. Dies ist problematisch, da bei innovativen Therapien gesamtwirtschaftlich gesehen ein größerer Nutzen gegeben ist. Betroffen sind davon z. B. Lebensqualität der Patientin oder des Patienten, Pensionen, Umgang mit Angehörigen etc.

In Österreich fehlen Daten, anhand derer erkennbar ist, wo innovative Therapien gesamtkostenparende Auswirkungen haben können. Dies wäre auch deshalb wichtig, weil Kosten und Nutzen unterschiedlichen finanziellen Töpfen zuzurechnen sind. Die Ärztinnen und Ärzte müssen eine medizinische Bewertung auf Basis der Informationen des täglichen Outcomes der Patientinnen und Patienten vornehmen, was aufgrund der rapiden Weiterentwicklung zu einer Herausforderung geworden ist. Der rasche Zugang zu Medikamenten gewinnt an großer Bedeutung für die besten Behandlungschancen der Patientinnen und Patienten.

### **Ganzheitlicher Therapieansatz**

Auch der ambulante Bereich entwickelt sich stark zum ganzheitlichen Therapieansatz. D. h., es wird nicht nur das Medikament verabreicht, sondern die Patientin und der Patient wird umfassend von u. a. Psychologinnen und Psychologen, Diätologinnen und Diätologen, Schmerztherapeutinnen und -therapeuten oder Palliativmedizinerinnen und -medizinern betreut. Krebserkrankungen haben Begleiterscheinungen, deshalb ist ein rein technokratischer Zugang zu solch einer Erkrankung viel zu wenig. Aus diesem Grund ist es auch essenziell, dass diese Begleittherapien bezahlt werden. Eine österreichweite Abstimmung in der Versorgung sowie das Etablieren von einheitlichen Therapiestandards wären wünschenswert.

### **Klinische Krebsregister**

Die in Österreich existierenden Statistiken lassen sich hinsichtlich der Ausgangsposition der Patientin oder des Patienten, die erhaltene Therapie oder das Outcome nicht klar auswerten und sind mangelhaft. Ein großes Manko ist das Fehlen eines klinischen Krebsregisters, in welchem von der Diagnose über die Therapie bis hin zum Outcome alles dokumentiert wird. Ein österreichweites klinisches Krebsregister wäre dringend ratsam. Das Führen der Register ist jedoch mit großem Personalaufwand verbunden. Es fehlt die notwendige Finanzierung, um dies österreichweit oder nur landesweit organisieren zu können. Eine bereits existierende Struktur, also die Technik hinter einem Register, könnte einfach gekauft werden – was fehlt, sind die Menschen, die den administrativen Aufwand tragen.

Ein solcher Katalog soll nicht rein auf Medikamente und medikamentöse Behandlungen beschränkt sein. Es braucht letztendlich ein Register, in dem der Behandlungserfolg aller onkologischen Patientinnen und Patienten evaluiert wird. Es ist denkbar, dass ein Register als Planungsinstrument nicht nur für Medikamente, sondern auch für viele andere Maßnahmen verwendet wird. Mit der Einführung klinischer Krebsregister würde die Outcome-orientierte Medizin gestärkt, Entscheidungen könnten besser getroffen und auch der Einsatz hochpreisiger Therapien besser argumentiert werden. Durch die Analysen könnte comparative effectiveness abgeleitet werden – wenn sichtbar wird, welche Art von Therapien bei welchen Patientinnen oder Patienten wirken, könnten Kosten gespart werden, abgesehen von der Anfangsinvestition. Registerdaten sind nicht nur für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt wichtig, sondern auch für die Industrie, um die Medikamente zu verbessern und weiterzuentwickeln.

Es wird vorgeschlagen, dass zuerst überlegt wird, welche Daten einer Patientin oder eines Patienten relevant sind, und ein Pilotprojekt geschaffen wird. Bei so einem Projekt darf die Politik nicht außer Acht gelassen werden, da in der Gesundheitspolitik die Kompetenzersplitterung zwischen Bundesländern, Ministerium, der Gesundheitskasse usw. stark ist.

### **Daten**

Der Aspekt, dass Daten, die verbundenen Chancen der e-Health und der Computertechnologie, die personalisierte Medizin begründeten und extrem wichtig sind, soll in den Vordergrund gerückt werden. Jedoch gilt zu beachten, dass der persönliche Datenschutz zunehmend in den Fokus gerät und ein Hinderungsgrund für eine solche Zusammenführung werden kann.

Um einen Fortschritt in der personalisierten Medizin zu gewährleisten, wäre es sinnvoll, den Universitäten und forschenden Betrieben anonymisierte Daten zur Verfügung zu stellen. Umso mehr gute Daten bereitgestellt werden, desto besser können z. B. folgende Fragen beantwortet werden: Bis zu welchem Alter ist eine Behandlung oder Therapie noch sinnvoll und ab wann nicht mehr? Ebenso würde die Transparenz der anonymisierten Daten einen konstruktiven Wettbewerb schaffen.

### **Forschung**

Eine bessere Struktur hinsichtlich der Durchführbarkeit und Finanzierung von klinischen Studien wäre wünschenswert. Klinische Studien in Zusammenarbeit mit der Industrie würden dazu beitragen, dass letztendlich Kosten

gespart werden. Eine solche Zusammenarbeit ist für den Fortschritt in den Therapiemöglichkeiten wichtig. Es wäre andererseits auch eine Überlegung wert, dass die öffentliche Hand eine Investitionsmöglichkeit mit einer Umwegrentabilität findet.

Die Industrie bemüht sich durchaus, bestimmte klinische Studien nach Österreich zu bringen, was eine raschere Patientenversorgung mit den jeweiligen Medikamenten mit sich bringen würde.

### **Onkologische Versorgung in Österreich**

Österreich weist einen hohen Standard in der onkologischen Versorgung auf. Dennoch muss der Weg weitergegangen werden, um dieses hohe Qualitätsniveau aufrechtzuerhalten. Das Seitenstettener Manifest zur zukünftigen onkologischen Versorgung Österreichs, welches bei den PRAEVENIRE Gesundheitstagen 2017 aufgesetzt wurde, beinhaltet zehn Punkte, die eine hervorragende Basis für die Weiterarbeit darstellen.

## 07. REGIONALES PRAEVENIRE GENERIKA GIPFELGESPRÄCH

# Generikaverschreibung



### WANN

Dienstag, 1. Oktober 2019 |  
ab 18:30 Uhr



### WO

Innsbruck

### KEYNOTE

Die Leistung der Generika in einer modernen Arzneimitteltherapie

- Dr. Wolfgang Andiel  
Präsident des Österreichischen Generikaverbandes

### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Dr. med. univ. Caroline Brauhöfer  
Ärztin für Allgemeinmedizin in  
Innsbruck Kranebitten
- Ingrid Brauhöfer  
Mitarbeiterin in der Praxis  
Dr. Caroline Brauhöfer
- Dr. Immaculata Haffner  
Internistin in Hall in Tirol
- Dr. Rudolf Haffner  
Praktischer Arzt in Hall in Tirol

Moderation:

Robert Riedl | PERI Group

### Motivation zur Generikaverschreibung

Einer der führenden Grundgedanken bei der Verschreibung von Generika ist die ökonomische Komponente. Generika entlasten aber nicht nur das Gesundheitssystem, sondern schaffen dadurch auch Freiräume für innovative Medikamente. Denn jedes Prozent mehr an Generika setzt bis zu zehn Millionen Euro für Forschung und Entwicklung frei. Im Bundesländervergleich hat Tirol eine sehr hohe Generikaquote, ist aber nicht an der Spitze, was die Verschreibung betrifft.

Ist ein Wechsel der Medikation aufgrund fehlender Verfügbarkeit eines Medikaments nötig, ist dies mit einem Umstellungs- und Erklärungsaufwand für die praktische Ärztin oder den praktischen Arzt verbunden. Die entsprechende Fragestellung der Patientin oder des Patienten bezieht sich hier mittlerweile mehr auf die Hintergründe der Lieferengpässe als auf die potenziell andere Wirkung des Präparats. Im Praxisalltag ist dies aber für die meisten Patientinnen und Patienten nicht relevant, denn ein Medikamentenwechsel ist mittlerweile durchaus gängige Praxis. Auch die Ordinationsassistentinnen vertreten die Meinung, dass die Empfehlung der Ärztin oder des Arztes gewichtiger ist als die Herkunft des Präparats. Generell sieht man aber in Tirol nur bedingt Potenziale in der Erhöhung der Generikaquote im niedergelassenen Bereich. Viele Ärztinnen und Ärzte mussten erstmals in die Situation der Verschreibung von Generika hineinwachsen, diese Phase ist aber mittlerweile überstanden.

Bei der Verschreibung von Medikamenten versucht die Ärztin bzw. der Arzt, nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln, deshalb trifft es hier auf allgemeines Unverständnis, wenn eine Verschreibung grundlos von der Apothekerin oder vom Apotheker geändert wird. Eine bestimmte Verschreibung ist nicht sinnbefreit und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte folgen hier einer umfassenden Sichtweise. Hier kommen Faktoren wie Wirkung, Teilbarkeit, Zusammensetzung sowie Wechselwirkung mit anderen Medikamenten zum Tragen. Im niedergelassenen Bereich fehlen aber die zeitlichen Rahmenbedingungen für die Erklärung der Medikamentenvergabe. Die Abfertigung einer Patientin oder eines Patienten muss hier zügig erfolgen, im Gegensatz zu Privatpraxen, wo der zeitliche Rahmen durchaus gegeben ist, um Themen zu besprechen.

Eine professionelle Betreuung durch Außendienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter ist immer noch eine wichtige Komponente in der eigenen Verschreibungspraxis. Der qualitative Faktor und ein persönlicher Bezug durch und zu den Außendienstmitarbeitern von Pharmaunternehmen spielt in der Praxis eine entscheidende Rolle und wird bei der Auswahl eines Medikaments im Ökotool honoriert. Das Sprichwort, das nur ein Drittel der Patientinnen und Patienten die Ärztin oder den Arzt sieht, ist in Tirol nicht der Fall. Nur ein kleiner Bruchteil der Patientinnen und Patienten kommt hier mit der Ärztin oder dem Arzt nicht persönlich in Kontakt.

### Patientenkommunikation

Laut Erfahrungswert der anwesenden Diskutanten wird die Verschreibung von Generika als unkompliziert eingestuft. Der Eindruck ist, dass es den Patienten

tinnen und Patienten weniger um die Verschreibung Originalpräparat/Nachahmungspräparat geht, sondern primär darum, was die Ärztin oder der Arzt in ihrer bzw. seiner Erstverschreibung verordnet hat. Im Praxisalltag wird der Einsatz von Generika aber mittlerweile als selbstverständlich betrachtet und gerne angenommen. Nur eine kleine Minderheit von Patientinnen und Patienten präferiert noch bewusst Originalpräparate.

In der Diskussion um die Förderung des Generikaeinsatzes in Österreich entsteht der Eindruck, dass sich die Bekanntheit und Akzeptanz unter den Patientinnen und Patienten mit der Zeit erhöht hat. Erstverschreibungen von Generika genießen mittlerweile eine hohe Akzeptanz und werden nur in seltenen Fällen infrage gestellt.

### **Zusammenarbeit mit Apotheken**

Für fast alle Arzneimittel, deren Patentschutz abgelaufen ist, gibt es auch generische Präparate. Laut Ärztinnen und Ärzten nimmt vor allem die Apothekerin bzw. der Apotheker die Rolle als Unsicherheitsfaktor ein, denn allzu oft weicht das ausgegebene Medikament von jenem der Verschreibung ab. Besonders für ältere Menschen ist das eine Herausforderung: Diese müssen in ihrem Alltag oft eine ganze Anzahl an Medikamenten bewältigen. Aus diesem Grund geschieht die Wahl der Ärztin oder des Arztes für ein bestimmtes Medikament nicht ohne medizinischen Hintergrund. Faktoren wie Teilbarkeit und Medikamentengröße beeinflussen hier das Verschreibungsverhalten des Arztes. Wirkstoffe von Originalpräparat und Generika sind zwar völlig ident, Unterschiede sind aber in der Nebenwirkung und Wechselwirkung zu beobachten. Ein Vorschlag der Diskutanten wäre hier eine strengere Achtung der Compliance und die Gewährleistung einer Kontinuität in der Verschreibung, um eine Therapie nicht negativ zu beeinflussen.

Ein Monitoring der Medikamentenabgabe ist aber im Bereich des niedergelassenen Arztes aus zeitlichen Gründen ausgeschlossen. Während des Gipfelgesprächs wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten nur bedingt hinterfragen, warum sie jetzt nicht mehr das Medikament erhalten, das die Ärztin oder der Arzt aufs Rezept gedruckt hat, oder den Arzt, ob die Substitution so in Ordnung ist. Die Apothekerinnen und Apotheker setzen hier auf ein falsches „Aut idem“-Prinzip. Ein Grund für dieses Vorgehen ist einerseits die praktische Limitation der Lagerhaltung, andererseits kommen hier weitere wirtschaftliche Erwägungen in Betracht. Die Erfahrung in Tirol zeigt nach dieser Diskussion, dass Ärztinnen und Ärzte immer seltener steuern können, mit welchem Medikament die Patientin bzw. der Patient tatsächlich nach Hause geht. Der Wunsch der anwesenden Ärztinnen und Ärzte wäre hier natürlich eine strikte Einhaltung der Verschreibung. Patientinnen und Patienten werden vonseiten der Ärztinnen und Ärzte auch immer mehr dahin motiviert, genau nach dem verschriebenen Medikament zu verlangen. Im Falle von nicht verfügbaren Präparaten würde ein Anruf bei der verschreibenden Ärztin bzw. beim verschreibenden Arzt ausreichen, um eine medizinisch vertretbare Lösung zu finden.

Vonseiten der Ärztinnen und Ärzte wird die Patientin bzw. der Patient zunehmend angehalten, in der Apotheke das rezeptierte Medikament zu verlangen oder gegebenenfalls einen Tag auf die Bestellung des Medikamentes zu warten. Häuft sich die Nachfrage für ein bestimmtes Medikament eines Pharmaunternehmens, so wird es eher im Bestellungsprozess der Apothekerin oder des Apothekers berücksichtigt.



Eine Methode zur Sicherstellung der Ausgabe des verschriebenen Medikaments ist das Vorzeigen der Medikamentenpackung. Allgemein gelten die Apotheken aber als Unsicherheitsfaktor. Dies gilt vor allem für neurohumorale Therapien, wo es durchaus um das Überleben der Patientin oder des Patienten geht. Eine konkrete Kommunikation mit den Apotheken wäre hier äußerst wichtig, besteht jedoch nur in Ausnahmefällen.

Die mittlerweile große Auswahl an Medikamenten in den Apotheken hat auch zur Konsequenz, dass Patientinnen und Patienten mehrere unterschiedliche Varianten eines gleichen Präparats erhalten. Patientinnen und Patienten besuchen nicht immer die gleiche Apotheke und erhalten so gleiche Präparate von unterschiedlichen Herstellern. Dies führt zu Mehrfacheinnahmen. Ein einfaches und wichtiges Mittel, um diese Situation zu vermeiden, wäre hier die gezielte Wahl einer Stammapotheke, in der die Medikation der Patientin oder des Patienten bekannt ist.

Dies führt zu einem Vertrauensverhältnis, welches die Therapietreue fördert und das Risiko von Mehrfacheinnahmen reduziert.

Ärztemuster von Medikamenten sind in der Praxis sehr hilfreich und werden gerne angenommen. Die Patientin bzw. der Patient erhält das verschriebene Medikament als Muster, kann mit der Einnahme gleich beginnen und kann sich in der Apotheke damit auch besser orientieren. Man beginnt mit einer niedrigen Dosierung, beobachtet den Krankheitsverlauf und erhöht eventuell die Dosierung. Angesichts der hohen Zahl von Menschen mit Polymedikation ist dies ein möglicher Weg, um sicherzustellen, dass genau ein Medikament eingenommen wird, um so unerwünschte Wechselwirkungen zu vermeiden. Mit der Einführung der e-Medikation haben die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aber nun auch die Möglichkeit zu sehen, welches Medikament von der Apotheke ausgegeben wurde, und können gegebenenfalls dementsprechend handeln.

### **Generika und der intramurale Bereich**

Das Verhältnis mit den Ärztinnen und Ärzten im intramuralen Bereich stellt für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Tirol kein Problem dar. Wird während des Spitalaufenthalts ein Arzneimittel verschrieben, das außerhalb dieses Settings nicht frei verschreibbar ist, wird mit der Hausärztin oder dem Hausarzt vorab geklärt, ob es eventuell Alternativen dafür gibt. Ein entsprechendes Medikament muss von der Ärztin bzw. vom Arzt dann in einem zweiten Moment noch bewilligt werden. Trotz Rezepturbewilligung müssen sich die Wahlärztinnen und -ärzte anderen ökonomischen Regeln der Sozialversicherung unterwerfen.

Im Gegensatz zu anderen Bundesländern werden in Tirol im Entlassungsbrief oft nur die Wirkstoffnamen angegeben. Mit dem Substanznamen wendet sich dann die Patientin oder der Patient an die Apotheke. Die Interaktion mit dem intramuralen Bereich stellt für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aber keine Hürde dar. Ein regelmäßiger Austausch findet aber nur in einem begrenzten Rahmen statt. Beanstandet wurde der Umstand, dass die Verfasserin bzw. der Verfasser der Entlassungsbriefe oft keinen persönlichen Kontakt mit den Patientinnen und Patienten hat. Hier fehlt, laut Meinung der Anwesenden, die Aufsicht einer Ärztin oder eines Arztes, die oder der eine eventuelle Reevaluierung in Betracht ziehen könnte. Die Prozesse des Entlassungsmanagements sind ebenfalls optimierungswürdig. Zudem fehlt auch



eine professionelle Aufnahmeanamnese. Eine Nachfrage bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten folgt nur, wenn es eine persönliche Beziehung gibt. Für eine beidseitige Besprechung der Patientin oder des Patienten sind die zeitlichen Rahmenbedingungen aber nicht gegeben. Eine regelmäßige Interaktion mit dem intramuralen Bereich wäre laut den anwesenden Ärztinnen und Ärzten auch nicht sonderlich hilfreich im Praxisalltag. Nur in Ausnahmefällen bzw. bei schwierigen Krankheitsverläufen würde ein persönlicher Austausch der Patientin oder dem Patienten zugutekommen. Auch den Entlassungsbrief betreffend wurden einige Optimierungsvorschläge genannt. So wird dieser als inhaltlich zu umfangreich betrachtet, ohne dabei die wesentlichen Inhalte zu nennen.

### **Die Bedeutung der Beziehung zwischen Hausärztin/Hausarzt und Patientin/Patient**

Der Erfahrungswert zeigt, dass Patientinnen und Patienten meist noch am Tag der Entlassung aus dem Spital die Hausärztin oder den Hausarzt aufsuchen. Das Vertrauensverhältnis ist zu Hausärztinnen und Hausärzten größer. Bei Fragen und Unklarheiten werden Patientinnen und Patienten im intramuralen Bereich oft an die Hausärztin oder den Hausarzt verwiesen.

Eine kürzliche Marktforschung hat ergeben, dass für die Mehrheit der Österreicherinnen und Österreicher die Gesundheitsversorgung eine sehr wichtige Rolle einnimmt. Vorher war dieser Punkt im Ranking eher hinten gereiht. Als Hintergrund für diese erhöhte Verunsicherung wird die Zusammenlegung der Krankenkasse vermutet. Patientinnen und Patienten sehen darin eine Verschlechterung der Primärversorgung. Das führt auch zur Vermutung, dass die Primärversorgungszentren nicht von der Bevölkerung angenommen werden. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stellt für viele noch die oberste Voraussetzung dar. Die Diskutanten gehen davon aus, dass Primärversorgungszentren nur im ländlichen Raum wirklich ihren Zweck erfüllen. Grundgedanke der Primärversorgungszentren ist aber eine Entlastung der Ambulanzen. Hier wird genau jene Bevölkerungsschicht bedient, die aus beruflichen Gründen nicht mehrere Stunden bei den niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten warten kann. Die Ambulanz stellt immer noch den niederschwelligsten Zugang zum Gesundheitssystem dar. Hier wird das System ausgenutzt. An Freitagen um 14:00 Uhr ist der größte Andrang in der Notaufnahme.

Patientinnen und Patienten sind in den letzten Jahren fordernder geworden und ihre Ansprüche höher. So werden bei den kleinsten Anzeichen umfangreiche diagnostische Maßnahmen eingefordert. Das Vertrauen zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient ist hier ein wesentlicher Bestandteil.

## 09. REGIONALES PRAEVENIRE GENERIKA GIPFELGESPRÄCH

# Generika



### WANN

Dienstag, 29. Oktober 2019 |  
ab 18:30 Uhr



### WO

Klagenfurt am Wörthersee

### KEYNOTE

Die Leistung der Generika in einer modernen Arzneimitteltherapie

- Dr. Wolfgang Andiel  
Präsident des Österreichischen  
Generikaverbandes

### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Dr. Gregor Cencig  
Praktischer Arzt und Geriater  
in Kühnsdorf
- Dr. Maria Korak-Leiter  
Praktische Ärztin in Maria Rain
- Dr. Bernd Krainer  
Arzt für Allgemeinmedizin  
in Klagenfurt
- Dr. Herbert Armin Obweger  
Praktischer Arzt in Klagenfurt

Moderation:

Robert Riedl | PERI Group

### Motivation zur Generikaverschreibung

Das große Einsparpotenzial und die Sinnhaftigkeit für das Gesundheitssystem in der Verschreibung von Generika sind unumstritten. Dieser Spareffekt schafft für Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich zusätzliche Anreize in der Verschreibung von Nachahmerprodukten.

### Patientenkommunikation

Für die Patientin oder den Patienten funktioniert der Wechsel von einem Originalmedikament auf ein Generikum normalerweise problemlos – aber es gibt auch Ausnahmen. Es gibt immer noch Patientinnen und Patienten, die tendenziell Originalpräparate präferieren. Die Ärztin oder der Arzt sollte die Wünsche der Patientin oder des Patienten hier respektieren und keine Alternativen aufdrängen. Denn in einer Therapie sollte ein gewisser Placebo-Effekt nicht vernachlässigt werden. Ist die Patientin oder der Patient von einem Medikament nicht überzeugt, so kann sich dies negativ auf die Therapie auswirken. Die persönliche Beratung durch die Ärztin oder den Arzt ist, laut Erfahrungswert, immer noch die wichtigste Komponente in der Patientenumstellung.

Die Akzeptanz von Generika bei Neueinstellungen wird aber allgemein als sehr hoch eingeschätzt. Dies ist auch der positiven medialen Berichterstattung und Informationsvermittlung in den Ordinationen zu verdanken.

Aus der Praxiserfahrung lassen sich drei Arten von Patiententypen im Umgang mit Generika erkennen:

1. Patientinnen und Patienten, die neu eingestellt werden
2. Patientinnen und Patienten, die umgestellt werden oder
3. die nörgelnde Patientin oder der nörgelnde Patient, der mit seiner Medikation unzufrieden ist und nicht verstehen kann, warum er auf Originalpräparate verzichten muss.

Ein nicht zu unterschätzender Beitrag zur Steigerung der Generikaquote wird auch im Vorzimmer geleistet. Bei der täglichen Behandlung von 60 bis 120 Patientinnen und Patienten ist eine persönliche Betreuung durch die Hausärztin oder den Hausarzt zeitlich nicht möglich. Bei Verlängerungen von Rezepten ist es deshalb auch Teil der Aufgabe der Ordinationsassistenten zu erkennen, ob die Substitution des Arzneimittels auf ein Generikum möglich ist.

### Erfahrungen zu Generika im Praxisalltag

Von der Kärntner Gebietskrankenkasse werden in Abständen von drei bis vier Jahren Informationsveranstaltungen zum Thema Generika organisiert. Hier wird den Ärztinnen und Ärzten ein Einblick ihrer Generikaquote im Land gewährt.

Das jetzige Vertrauen zu Generika war aber ein langwieriger Entwicklungsprozess. So wurde die anfängliche Anwendung von Generika durchaus mit Skepsis betrachtet: Schwankungsbreiten gegenüber dem Original von plus zehn Prozent bis minus zehn Prozent sah man durchaus mit Bedenken. Diese Ansicht

hat sich zwar gewandelt, ist aber in manchen Bereichen der Medizin noch zu finden. Ein Beispiel hierfür ist die Arzneimittelauswahl bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Problemen, wie bei der Behandlung mit transdermalen Opioiden. Die Praxiserfahrung zeigt, dass in diesem Bereich nur eingestellt und nicht umgestellt wird. Hier wird auch der Wechsel des Herstellers eines gleichen Präparats vermieden. Denn bereits geringe Abweichungen in der Wirkstoffmenge können hier zu Folgewirkungen wie Schmerzen oder Atemdepression führen. In der Schmerzmedizin werden Generika also nur bei Neueinstellungen empfohlen.

Bei der Auswahl von Arzneimitteln soll der Preisfaktor jedoch nicht immer ausschlaggebend sein. Im Prozess sollten auch die Kosten für Entwicklung und Forschung, die Originalpräparate durchlaufen müssen, berücksichtigt werden. Die Qualität und Sicherheit von Generika wird jedoch nicht angezweifelt. Keine Pharmafirma könnte es sich erlauben, ein qualitativ minderwertiges Produkt auf den Markt zu bringen.

Die Einstellung gegenüber „Internet-Generikafirmen“, die mit Low-Level-Preisen werben, ist eher negativ behaftet. Mit Postwurfsendungen und ohne Personalkosten haben diese einen eindeutigen Wettbewerbsvorteil und können so ihre Produkte nicht nur zu günstigen Preisen anbieten, sondern werden zudem noch im Ökotool an erster Stelle gereiht.

Generika sind zwar durch den gleichen Wirkstoff und die gleiche Dosierung wie Originalpräparate charakterisiert, können jedoch Unterschiede in Bezug auf Hilfsstoffe wie beispielsweise Laktose aufweisen. Arzneimittel können individuell bei jeder Patientin bzw. jedem Patienten anders wirken, so können unerwünschte Wirkungen unabhängig davon, ob Original oder Generikum, auftreten. Die Empfehlung lautet hier, dass sich die Ärztin oder der Arzt auf ein Generikum einer bestimmten Substanz beschränken und nicht mehrere Generika einer Substanz mischen sollte. Denn diese können Unterschiede in ihrer Wechselwirkung hervorrufen.

Obwohl die Einsparungspotenziale im Gesundheitssystem durch die Erhöhung der Generikaquote zwar jedem bewusst sind, wird ein unmittelbarer therapeutischer Vorteil für die Patientin oder den Patienten nicht sichtbar.

Arzneimittel sind nicht immer lieferbar und das Auftreten von Lieferengpässen häufte sich. Die Garantie einer Produktkonstante zeigt sich bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch schon in der Auswahl von Arzneimitteln. Umstellungen und Ersatzmedikationen bedeuten einen Mehraufwand für Ärztinnen und Ärzte und können auch für die Patientin oder den Patienten problematisch sein, vor allem bei Therapien im psychologischen Bereich. Zweifelt die niedergelassene Ärztin oder der niedergelassene Arzt an, dass ein Medikament in der Apotheke lagernd ist, so wird gleich auf eine Alternative ausgewichen. Denn alle Diskutanten stimmen aber mit der Tatsache überein, dass Patientinnen und Patienten nur in seltenen Fällen die Geduld haben, auf ein Arzneimittel zu warten und ein zweites Mal in die Apotheke zu gehen.

Im Bundesländervergleich liegt Kärnten bei der Verschreibung von Generika erfahrungsgemäß war Kärnten bei der Verschreibung von Generika eher im unteren Bereich. Als gelungenes Musterbeispiel einer gut funktionierenden Kommunikation zwischen Krankenkasse und Ärztinnen und Ärzten wurde hier das System in Oberösterreich genannt. Die Vergabe der Medikamente erfolgt hier ohne Ökotool und dennoch liegt dieses Bundesland bei der Verschreibung von Generika bei einer Quote von 68 Prozent. Die ÖGKK legt großen Wert auf

Kommunikation mit den Ärztinnen und Ärzten. Dies fördert nicht nur den Zusammenhalt, sondern schafft auch eine gemeinsame Zielsetzung.

Je nach Schwere des Krankheitsbildes werden Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen Originalmedikamente, Generika oder Drittlösungen angeboten. Ist eine Erkrankung mittelschwer, werden noch teilweise Generika verordnet. Bei der Auswahl eines Generikums spielen Preisunterschiede durchaus eine Rolle, denn auch innerhalb der Generika gibt es relevante Unterschiede. Denn die Preisgestaltung ist abhängig vom Zeitpunkt der Preisstaffelung. Je nach Medikament beträgt der Preisunterschied zwischen Generikum und Originalpräparat ca. zehn Cent pro Packung. Die Kostenersparnis ist hier also so marginal, dass sich Umstellungen kaum lohnen. Möglich sind aber auch große Preisunterschiede von bis zu 40 Prozent. Generell gilt hier: je höher der Ausgangspreis, desto höher die Preisunterschiede. Für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte fließen die Preise in die Entscheidungsfindung der Medikation durchaus mit ein. Ist eine Auswahl zwischen drei gleichwertigen Arzneimitteln möglich, so fällt die Wahl auf das preisgünstigste.

Die Streubreite von Generika stellt nur einen statistischen Wert dar. Im Zuge der Bioäquivalenz werden bestimmte Parameter verglichen. Wie z. B. die maximale Konzentration, die erreicht werden muss, oder die Gesamtsituation des Organismus. Diese werden zwischen Originalprodukt und Generikum verglichen. Die Streubreite von 80 bis 120 Prozent ist ein statistischer Wert, der den Mittelwert und die Streubreite umfasst. Das ist das sogenannte 90-Prozent-Konfidenzintervall. Die Mittelwerte selber liegen im Vergleich Original/Generikum viel enger, weil ansonsten die Streuung aus diesem Referenzbereich des Generikums herausfällt. Im europäischen Vergleich liegt Österreich bei den Medikamentenausgaben pro Kopf eher im niedrigen Bereich.

Zusammenfassend kann man sagen, dass bei gleichwertigen Medikamenten in der Praxis schlussendlich der Preisfaktor entscheidendes Auswahlkriterium geworden ist.

### **Erhöhung der Generikaquote**

Grundsätzlich wird der Generikaanteil in der Verschreibung von der Krankenkasse nicht explizit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kommuniziert. Subjektiv gesehen ändert sich für die Patientin und den Patienten in der Umstellung der Medikation nichts, und es ist für die eigene Wahrnehmung auch nicht wichtig, ob es sich um ein Medikament mit Freinamen oder Markennamen handelt. Für die Patientin oder den Patienten ist nur die Konstante in der Arzneimittelverschreibung wichtig, vor allem in einer eingestellten Langzeit-Medikation.

Die Qualität und Sicherheit von Generika sind Originalen absolut ebenbürtig. Eine entsprechende persönliche Aufklärung der Patientinnen und Patienten durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist besonders wichtig. Miteinfließen in die Erklärung sollte die Tatsache, dass die Erhöhung der Generikaquote in einem Bundesland Gelder frei machen, die in anderen Bereichen investiert werden können. Die Patientinnen und Patienten sollten den Nutzen erkennen, den sie für das Gesundheitssystem leisten. Ohne den Ansatz eines konkreten Nutzens fehlt es den Patientinnen und Patienten an Anreizen, es zu akzeptieren.

### **Zusammenarbeit mit Apotheken**

Eine Möglichkeit zu verhindern, dass die Apothekerin oder der Apotheker ein verordnetes Arzneimittel gegen ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel

tel austauschen kann, ist die Verschreibung von Originalpräparaten. Bei der Ausgabe von Generika, so die Vermutung, wird schon eher auf Alternativen zurückgegriffen. Muss ein Medikament in einem zweiten Moment verlängert werden, so wendet sich die Patientin bzw. der Patient genau mit dem von der Apotheke ausgegebenen Medikament an die Hausärztin oder den Hausarzt. Der allgemeine Eindruck ist, dass es durchaus zwei unterschiedliche Typen von Apothekerinnen und Apothekern gibt: jene, die konstant das Medikament laut Rezept ausgeben, und jene, die immer andere Medikamente aushändigen. Sind sich zwei Experten, wie in diesem Fall Ärztin bzw. Arzt und Apothekerin bzw. Apotheker, nicht einig, so gilt das als Unsicherheitsfaktor für die Patientin oder den Patienten. Hier herrscht die Meinung, dass die Meinung der Ärztin oder des Arztes doch gewichtiger sein sollte und ansonsten deren therapeutische Hoheit untergraben wird. Rechtlich gibt es zwar eine Einschränkung für die Apothekerin oder den Apotheker, aber es hat den Anschein, als würden sie dieser in der Praxis ausweichen können. In den ländlichen Gebieten ist diese Problematik nicht so vorherrschend wie in den Städten, da die Auswahl an Apotheken begrenzt ist. Gerade bei älteren Leuten ist eine Änderung der Medikamente nicht zu empfehlen. Ist ein bestimmtes Generikum gerade nicht lagernd, wird telefonisch bei den Ärztinnen und Ärzten nachgefragt, ob eine Substitution mit einem Alternativmedikament möglich ist. Bei den Anwesenden herrscht der Eindruck, dass Profit eine wichtige Rolle in den Apotheken spielt. Eine anfängliche Abstimmung mit den Apotheken in ihrer unmittelbaren Nähe wäre für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wichtig, um eine Abstimmung und einen Konsens in der Verschreibung zu finden. In den meisten europäischen Ländern ist die Medikamentensubstitution möglich, teilweise erwünscht, teilweise verpflichtend.

In Deutschland gibt es vertragliche Vereinbarungen zwischen einzelnen Arzneimittelherstellern und einzelnen Krankenversicherungen über die exklusive Belieferung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln des Herstellers. Die Arzneimittel-Rabattverträge haben zur Folge, dass die Apotheke immer das gleiche Präparat abzugeben hat. Hier hat die Ärztin oder der Arzt kein Mitspracherecht. Die Folgen sind Mehrfacheinnahmen.

### **Generika und der intramurale Bereich**

Im intramuralen Setting erfolgt eine Umstellung der Arzneimittel auf Wirkstoffe der Hausliste. Alle eingenommenen Arzneimittel werden im Zuge der Aufnahme erfasst. Eine Umstellung auf Wirkstoffe der Hausliste erfolgt also direkt nach der Aufnahme der Patientin oder des Patienten. Bei der Entlassung der Patientin oder des Patienten wäre eine Rückführung auf die Anfangsmedikation sinnvoll, außer natürlich bei der Änderung oder Absetzung der Medikation.

Durch die e-Medikation ist dies auch optimiert worden. Ein Kritikpunkt ist die Annahme, dass die Entscheidung der Hausliste in den Krankenhäusern durch den zur Verfügung gestellten Preis beeinflusst wird. Das Krankenhaus hat hier vollste Entscheidungsfreiheit und muss sich nicht nach den Vorgaben des Ökotools richten.

Wird im Entlassungsbrief ein Originalpräparat verordnet, so ist eine Umstellung auf Generika bereits umständlicher. Zu manchen Präparaten hat man als niedergelassene Ärztin oder niedergelassener Arzt auch keinen Zugang aufgrund der chefarztlichen Bewilligung. Telefonische Nachfragen im intramuralen Bereich sind kaum möglich.

## 27. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

# Generika und ihr Potenzial für den Erhalt der solidarischen Komponente des österreichischen Gesundheitssystems



**WANN**

Mittwoch, 15. Mai 2019 |  
11:30–13:30 Uhr



**WO**

Stift Seitenstetten

### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Wolfgang Andiel**  
Präsident des Österreichischen Generikaverbandes
- **Dr. Christoph Baumgärtel**  
Leiter der Medizinischen Begutachtung und Zulassung der AGES Medizinmarktaufsicht
- **Mag. pharm. Gernot Idinger, a.H.P.h.**  
Schriftführer der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie
- **Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr**  
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer
- **Dr. Ronald Pichler**  
Head of Public Affairs und Market Access der Pharmig
- **Dr. Erwin Rebhandl**  
Präsident des Vereins AM PLUS
- **Dipl. KH-BW Ronald Söllner**  
Vorstandsvorsitzender des Dachverbandes der Niederösterreichischen Selbsthilfegruppen
- **DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche**  
Leiterin des Geschäftsfeldes Medizinmarktaufsicht der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit

Ziel dieses Gipfelgesprächs war zu diskutieren, wie ein modernes und zukunftsorientiertes Gesundheitssystem aussehen soll und welchen Beitrag Generika zu leisten imstande sind, um diese im Sinne der Erhaltung der solidarischen Komponente der Versorgung in Österreich zukunftsfit zu halten. Dabei wurden Ideen und Perspektiven für eine Partnerschaft der Gesundheitsberufe zur Entlastung des Systems, die Motivation zur Verschreibung von Generika und die richtige Patientenkommunikation diskutiert. Weiters wurde besprochen, wie man zum Einsatz von Generika steht, was die spezifischen Herausforderungen sind und welche Beiträge man leisten kann und was sich seit letztem Jahr getan hat, sowie Anregungen und Wünsche.

### Ausgangslage

- Generika haben zu Unrecht ein negatives Image, da keinerlei Qualitätsunterschiede oder wesentliche Wirkungsunterschiede in der Anwendung festzustellen sind.
- Drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte und zwei Drittel der Apothekerinnen und Apotheker haben keine Skepsis gegenüber Generika und akzeptieren diese als Gleichwertigkeit, ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte und ein Drittel der Apothekerinnen und Apotheker weisen gewisse Bedenken auf, die sich in erster Linie auf Qualitätsaspekte beziehen – das zeigt, dass im Bereich der Information und der Fortbildung Nachholbedarf besteht.
- Patientinnen und Patienten sollen die beste Betreuung bzw. Versorgung erhalten aber der wirtschaftliche Aspekt soll nicht außer Acht gelassen werden.
- Aufgrund des Kostendrucks verlagern viele Hersteller ihre Produktion außerhalb Europas.

### Diskussion und Vorschläge

- Ärztin und Arzt und Apothekerinnen und Apotheker sind die Schnittstelle, wo die Patientin oder der Patient mit Generika in Berührung kommt, und hier ist wichtig, welche Formen der Botschaften an die Patientinnen und Patienten an diesen beiden Stellen vermittelt werden.
- Patientinnen und Patienten, die über Generika aufgeklärt sind, haben in der Qualitätswahrnehmung kein Problem.
- Ein zentraler Themenbereich, der auch für das Krankenhaus sehr wichtig ist, ist der Einsatz von Generika. Diese sind ein ganz wesentlicher Beitrag zur Kostensenkung, weshalb es wichtig ist, dass mehrere Anbieter am Markt sind, um in kritischen Situationen ausweichen zu können.
- Bei Engpässen muss über andere Möglichkeiten nachgedacht werden. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass es ein gewisses Angebot am Markt gibt.
- Es gibt für die meisten patentfreien Arzneimittel Generika. Dennoch gibt es Therapieareale, wo es weniger gibt, wie etwa in der Dermatologie, Gynäkologie oder im Bereich der Hormone.

- Problem ist die Verfügbarkeit von Präparaten, weshalb man im Generika-Bereich nach ähnlichem Produkt suchen muss, was zur Verwirrung bei Patientinnen und Patienten führt – Wechsel von einem Generikum zum anderen ist eine große Herausforderung.
- Vermehrt Aufklärung betreiben, um Erklärungsbedarf und Fragen bzw. Problemen bei Anwendung von Generika gegenzusteuern, vor allem, wenn Patienten jahrelang an ein Medikament gewöhnt sind und umgestellt werden und diese Umstellung erklärt werden muss – aus Erfahrung akzeptieren die meisten Patienten diese Umstellung.
- EMA prüft die Dossiers der Generika und für jedes Generikum gibt es ein eigenes Qualitätsdossier, das genauso geprüft wird wie ein Originalpräparat. Produkte, die einen hohen regulatorischen Produktionsaufwand haben, faire angemessene Preise und eine Indexierung der Arzneimittelpreise und der Rezeptgebühr.
- Generika, die sich bereits etabliert haben. Ein wesentlicher Vorteil von Generika ist, dass wir Alternativen haben, wenn es zu Lieferengpässen kommen sollte. Und auch die Aufklärung ist weiterhin sehr wichtig, da Patientinnen und Patienten mit Generika wenig anfangen können und es weiterhin Aufklärungsgespräche benötigt, um das Vertrauen in Generika zu schaffen.
- Die Verhinderung der Monopolisierung und die Stärkung der Wirtschafts- und Wettbewerbsfähigkeit Europas sind wichtige Themen, die im Sinne einer sicheren Versorgung für die Österreicherinnen und Österreicher diskutiert werden müssen.

### **Empfehlungen**

- Es benötigt Anreizsysteme in Österreich, um Generika auf staatlicher Ebene zu fördern. Es benötigt verbesserte Rahmenbedingungen, damit es aus wirtschaftlicher Perspektive ermöglicht wird, Wirkstoffe und Fertigarzneimittel zu produzieren.
- Die Arten von Zulassungsverfahren und Produkten sollten in der Ausbildung bzw. im Studium einen speziellen Bereich einnehmen.
- Wunsch nach Transparenz im Bereich der Marktanteile, wenn man mit Engpass und Versorgungssituation eines Anbieters konfrontiert wird.
- Es benötigt mehr Transparenz in der Darstellung der Kostendarstellung.
- Es ist wichtig, den Standort Europa zu stärken und vor allem auch KMU zu fördern, um damit Versorgungssicherheit für Österreicherinnen und Österreicher zu gewährleisten.
- Überlegungen, wie man Produktionskapazitäten zurück in die EU holt.



## 72. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

# Seltene Erkrankungen am Beispiel der Cystischen Fibrose – es gibt noch viel zu tun!



### WANN

Montag, 19. August 2019 |  
14:30–16:30 Uhr



### WO

Schafalm in Alpbach

### DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Ass.-Prof. Dr. Helmut Ellemunter**  
Stellvertretender Klinikdirektor  
des Departments für Kinder- und  
Jugendheilkunde der Tirol Kliniken
- **Maria Grander**  
Präsidentin der Selbsthilfe Tirol
- **Andreas Hammerl**  
Cystische Fibrose Hilfe Österreich
- **Maria-Theresia Kiederer**  
Obfrau des Cystische-Fibrose-  
Teams Tirol und Vorarlberg
- **Birgit Meinhard-Schiebel**  
Präsidentin der Interessengemein-  
schaft pflegender Angehöriger
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp,  
MBA**  
Leiter der Fachabteilung Gesund-  
heitspolitik der Arbeiterkammer  
Niederösterreich
- **Dr. Gudrun Seiwald**  
Chefärztin der Österreichischen  
Gesundheitskasse in Tirol
- **Barbara Vantsch, BSc**  
Geschäftsstellenleiterin des  
Dachverbandes der Selbsthilfe Tirol

Seltene Erkrankungen rücken zunehmend in das öffentliche Interesse. In den letzten Jahren kam es in der Forschung zu wissenschaftlichen Durchbrüchen im Bereich der Behandlungs- und Diagnosemethoden. Dadurch werden dem Patienten neue Chancen und eine bessere Lebensqualität ermöglicht. Die Cystische Fibrose (CF), eine relativ häufige Seltene Erkrankung mit knapp 800 Patientinnen und Patienten in Österreich, wird seit mehr als 20 Jahren im Rahmen des Neugeborenen-Screenings diagnostiziert. Die Cystische Fibrose ist schon lange keine Kindererkrankung mehr, erfreulicherweise ist die Mehrheit der CF-Patientinnen und -Patienten inzwischen erwachsen.

Doch hier stehen soziale Realitäten und Anforderungen im Vordergrund. Im Fokus stehen Themen wie Soziales, Schule, Arbeit, Pflege, Angehörige sowie die volkswirtschaftlichen Betrachtungen. Ziele sollen die Schaffung von breitem Verständnis für die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Seltene Erkrankungen, bessere soziale Absicherung der pflegenden Angehörigen in allen Bereichen, die Unterstützung bestehender und neuer persönlicher Netzwerke zur Entwicklung der Versorgung sowie Erhöhung der Awareness unter allen Stakeholdern des österreichischen Gesundheitswesens sein.

### Probleme

#### *Kinder mit chronischen Erkrankungen*

In vielen Fällen beeinträchtigt eine chronische Erkrankung wegen der häufigen Fehlzeiten in der Schule die Ausbildung. Die Krankheit sowie die Nebenwirkungen der Behandlung können sich negativ auf die Lernfähigkeit des Kindes auswirken.

Jugendliche kämpfen damit, dass sie nicht selbstständig sein können, da sie bei vielen täglichen Bedürfnissen auf die Hilfe ihrer Eltern und anderer Personen angewiesen sind. Auch der Einstieg ins Berufsleben ist aufgrund der chronischen Erkrankung nicht immer einfach. Viele Krankenstände und eine mögliche Frühpension sind die Folgen.

#### *Erwachsenenversorgung*

Es gibt viele Einrichtungen, doch es fehlen Strukturen und Qualitätsmerkmale in der Erwachsenenversorgung. Aufgrund der guten Versorgung von chronischen Erkrankungen werden Patientinnen und Patienten immer älter, doch diese Hürde muss von einem multiprofessionellen Team betreut werden. Auch hier finden sich unterschiedliche Qualitätsstandards.

#### *Chefarzt-Verschreibungen*

Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen sind auf ständige Medikation angewiesen, welche meistens von der Chefärztin oder dem -arzt bewilligt werden und regelmäßig neu eingereicht werden müssen. Genau diese Wege könnten durch eine ständige Bewilligung wegfallen und den Patientinnen und Patienten Stress ersparen.

*Rehabilitationskliniken für chronisch kranke Kinder*

Mittlerweile gibt es sechs Kinderreha-Einrichtungen in Österreich. Langfristige Ziele sollen die Verbesserung und Erweiterung von Angeboten wie z. B. familienzentrierter Reha (auch Familienangehörige brauchen Therapie und Unterstützung) sein. Doch die Inanspruchnahme der Reha ist etwas zögerlich, denn die pflegenden Eltern stehen vor der Frage: „Bekomme ich drei Wochen frei für eine Reha, ohne den Job zu verlieren?“

Hier sind sozialpolitische Unterstützungssysteme wichtig! Rehabilitation soll eine Pflichtleistung werden. Es braucht dringend Kriterien für eine Rehastruktur für pflegende Angehörige.

*Sozialleistungen/Pflegegeld*

In Österreich gibt es 947.000 Erwachsene und 42.700 Kinder, die ihre Angehörigen pflegen und betreuen.

Wichtig ist die Schaffung eines Rechtsanspruchs für Pflegekarenz und Pflegezeit, außerdem muss die Möglichkeit, Pflegekarenzgeld zu beziehen, auch auf selbstständig Erwerbstätige ausgeweitet werden.

Ein Rechtsanspruch auf eine Unterstützungsleistung ist eine Voraussetzung dafür, dass diese von allen Menschen, die sie brauchen, in Anspruch genommen werden kann. Dies gilt sowohl für die Pflegekarenz/Pflegezeit sowie für die Inanspruchnahme der Ersatzpflege.

Der Masterplan Pflege muss landesweit gelten!

Der Fragenkatalog zur Evaluierung des Pflegegeldes gehört überarbeitet. Denn jede Art der Stoffwechselerkrankung ist ebenfalls vom Pflegegeld betroffen.

*Selbsthilfegruppen mehr stärken und einbinden*

Selbsthilfegruppen möchten die Zusammenarbeit (Bildung von Netzwerken) von im Gesundheitsbereich tätigen Institutionen, Expertinnen und Experten, Angehörigen und hilfsbereiten Laien stärken, doch noch werden sie nicht als tragender Bestandteil der Gesundheit und Krankenversorgung gesehen.

Die Anliegen und Aufgaben der Selbsthilfe werden immer größer, jedoch die nötigen Mittel sind nicht gegeben.

**Empfehlungen**

- Finanzielle Unterstützungen der Sozialversicherungen ist wünschenswert, um die Selbsthilfegruppen zu stärken, damit diese die Betroffenen bestmöglich betreuen und beraten können.
- Der Fragenkatalog zur Evaluierung des Pflegegeldes gehört überarbeitet. Denn jede Art der Stoffwechselerkrankung ist ebenfalls vom Pflegegeld betroffen.
- Der Masterplan Pflege muss landesweit gelten!
- Rehabilitation soll eine Pflichtleistung werden. Es braucht dringend Kriterien für eine Rehastruktur für pflegende Angehörige. Hier sind sozialpolitische Unterstützungssysteme wichtig!
- Dauerhafte Bewilligung bei chefarztpflichtigen Medikamenten würde den Patientinnen und Patienten Stress ersparen.
- Strukturen und Qualitätsmerkmale in der Erwachsenenversorgung stärken.

## 96. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

# Optimierung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Myelodysplastischem Syndrom (MDS) in Österreich

**WANN**

Mittwoch, 27. Mai 2020 |  
16:30–18:30 Uhr

**WO**

Videokonferenz

**DISKUSSIONSTEILNEHMENDE**

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. pharm. Gernot Idinger, a.H.P.h.**  
Schriftführer der Österreichischen  
Gesellschaft für Krankenhaus-  
pharmazie
- **Elfi Jirsa**  
Präsidentin Myelom Lymphom  
Hilfe Österreich
- **Dr. Christof Jungbauer**  
Österreichisches Rotes Kreuz
- **OA Dr. Sigrid Machherndl-Spandl**  
Ordensklinikum Linz GmbH  
Elisabethinen
- **Dr. Elisabeth Pittermann**  
Gesundheitssprecherin des  
Pensionistenverband Österreichs
- **Univ.-Prof. Dr. Reinhard Stauder, MSc**  
Univ.-Klinik für Innere Medizin V;  
MedUni Innsbruck
- **Univ.-Prof. Dr. Peter Valent**  
Klinische Abteilung für Hämatologie  
und Hämostaseologie MedUni Wien,  
AKH Wien
- **Dr. Anna Vavrovsky, MSc**  
Academy for Value in Health Leitung  
des Zentraleinkaufs der KAGES

Moderation:

**Mag. Hanns Kratzer** | PERI Consulting

Patientinnen und Patienten mit Myelodysplastischen Syndromen (MDS) können nicht ausreichend gesunde Blutzellen produzieren. MDS tritt zwar insgesamt selten auf, vorwiegend aber vor allem im höheren Lebensalter. Es gibt verschiedene Formen und der Verlauf ist sehr variabel. Die meisten Patientinnen und Patienten sind nach der Diagnose lebenslang auf die häufige und regelmäßige Gabe von Blutkonserven angewiesen. Der Alltag der Betroffenen und deren Angehörigen wird durch die Erkrankung sehr stark beeinflusst und stellt für alle Beteiligten eine große Belastung dar. Wie bei vielen anderen chronischen Erkrankungen stellt auch MDS, insbesondere durch den erhöhten Bedarf an Bluttransfusionen und den mit der Verabreichung verbundenen Aufwand, das Gesundheitssystem vor Herausforderungen. Ziel dieses Gipfelgesprächs ist es, die sogenannte „Burden of disease“ von Menschen mit MDS aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, Wege für eine langfristige Verbesserung der Versorgung und Entlastung des Systems zu finden.

**Ausgangslage**

Die Inzidenz in Europa liegt bei etwa vier bis fünf je 100.000 erkrankten Einwohnern pro Jahr, das mediane Erkrankungsalter bei Diagnosestellung liegt bei 75 Jahren. Der Verlauf der Erkrankung ist chronisch und meist nicht heilbar, in der chronischen Phasen stellt die Zytogenie (Anämie) eine der größten Herausforderungen dar. Durch diese werden die meisten Patientinnen und Patienten transfusionsabhängig. MDS kann bei Fortschreiten in einer Leukämie enden, Vorphasen der Erkrankungen werden oft nicht erkannt und zumeist gibt es keine erkennbaren Ursachen oder Vorerkrankungen. Es handelt sich hierbei um eine sehr heterogene Krankheitsgruppe und die Klassifikationen werden mittels WHO-Kriterien unterschieden: in Low-Risk- und High-Risk-MDS. Erst im fortgeschrittenen Verlauf ist zu erkennen, wie sich die Krankheit im Einzelfall langfristig entwickeln wird. Bei der Behandlung von MDS-Patientinnen und -Patienten ist vor allem auf eine potenzielle Eisenüberladung zu achten. Des Weiteren gilt es, Komorbidität und Ernährung bei der Behandlung miteinzubeziehen.

**Brennpunkt-Themen***Diagnostik*

Oftmals bleibt MDS unentdeckt, oft wird vorerst eine „Altersanämie“ diagnostiziert oder es erfolgt im weiteren Verlauf eine Behandlung ohne umfassende Diagnostik.

Für die Patientinnen und Patienten ist vor allem die Diagnosestellung von großer Bedeutung, bei dieser sollten alle Aspekte mit den Betroffenen abgeklärt werden, eine ganzheitliche Erfassung der Lebensqualität ist notwendig und alle Dimensionen wie Merk- und Denkfähigkeit, Ernährungsstatus etc. müssen erfasst werden.

*Versorgung*

Die Behandlung von MDS-Patientinnen und -Patienten ist eine sehr kosten- und zeitintensive. Es gibt keinen einheitlichen Behandlungsplan bei den Trans-

fusionsabgaben, aus Kostengründen werden in manchen Krankenhäusern die Patientinnen und Patienten für die Transfusion stationär aufgenommen, was einen erhöhten Aufwand für die Patientinnen und Patienten darstellt. Aus diesem Grund wählen Patientinnen und Patienten eine andere Einrichtung, vielleicht sogar in einem anderen Bundesland, wo die Behandlung ambulant gehandhabt wird und der Prozess vereinfacht ist. Dies belastet wieder die betreffende Einrichtung. Es hängt von den jeweiligen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ab, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung geeignet ist. Dies sollte auch bei Erstellung des Behandlungsplanes miteinbezogen werden.

### *Lebensqualität*

Einen wesentlichen Aspekt bei der Behandlung stellt die geminderte Lebensqualität der MDS-Patientinnen und -Patienten, aber auch der Angehörigen dar. Durch die Transfusionsabhängigkeit wird der Alltag enorm von der Erkrankung bzw. der Behandlung bestimmt.

Die Quality of Life (QoL) wird außerhalb von Studien nur selten erfasst, es erfolgt keine regelmäßige Abfrage durch das medizinische Personal. Die Blutarmut und die Einschränkungen, die mit ihr einhergehen, werden oft unterschätzt. Beispielsweise ergibt sich durch sie eine erhöhte Sturzgefahr. In vielen Fällen ist es nicht notwendig, sofort mit einer Therapie zu beginnen, wenn hier früher angesetzt werden würde. Wenn man die Stärken und Schwächen der Betroffenen bereits erkennt, kann der gesamte Verlauf positiv beeinflusst werden. Es gilt auch, die Meinung der Patientinnen und Patienten mit einzubeziehen und diese ganzheitlich über alle möglichen Auswirkungen der Erkrankungen aufzuklären. Viele klagen über die sogenannte Fatigue, eine ständige Müdigkeit, welche sich auch durch Ausruhen nicht verbessern lässt. Dies ist ein Phänomen, welches nicht allgemein bekannt und deswegen sehr belastend ist. Des Weiteren müssen Determinanten bestimmt werden, die den Verlauf negativ beeinflussen könnten, um diesen aktiv entgegenzuwirken.

Während der ganzen Behandlung ist es von Vorteil, wenn das Verhältnis zwischen Ärztin und Arzt und Patientin und Patient ausgeglichen ist. Informierte Patientinnen und Patienten können sich positiv auf den weiteren Verlauf der Erkrankung auswirken, ein Patiententagebuch könnte hier nützlich sein, da so der aktuelle Status festgehalten werden kann.

Die sogenannte „Watch and Wait“-Behandlungsmethode ist für Patientinnen und Patienten eine Herausforderung, könnte aber von Vorteil sein, da Wissenschaft und Forschung enorme Fortschritte machen und eine verträglichere Therapie gefunden werden könnte. Jedoch ist es wichtig, die Patientinnen und Patienten auch hierbei eng zu begleiten und aufzuklären.

### *Selbsthilfe*

Die Selbsthilfe im Bereich MDS ist in Österreich noch nicht großflächig ausgebaut, das medizinische Personal sollte schon bei Diagnosestellung auf etwaige Stellen hinweisen, an die sich Betroffene und Angehörige hinwenden können.

### *Gesundheitsökonomische Aspekte*

Bei der gesundheitsökonomischen Analyse müssen alle Kosten gesamtheitlich betrachtet werden:

- Direkte Kosten entstehen bei Diagnose und Behandlung der Patientinnen und Patienten.

- Indirekte Kosten entstehen durch Produktivitätsverluste; Auswirkungen auf den Arbeitsprozess von Betroffenen und Angehörigen.
- Intagible Kosten » Lebensqualitätseinbußen, Schmerzen.

Blut ist gesundheitsökonomisch ein besonderes, rares Gut, da dieses sich nicht „künstlich“ herstellen lässt. Es müssen Charakteristika von Patientinnen und Patienten oder Behandlungen, die einen ressourcenintensiven Verlauf vermuten lassen, evaluiert werden und ob sich der Prozess beeinflussen lässt.

Durch die Transfusionsabhängigkeit ergeben sich versteckte hohe Kosten und es werden viele Ressourcen gebraucht, um die Patientinnen und Patienten zu behandeln. Aktuell besteht ein großer Bedarf an Alternativen zur Transfusion bei der Behandlung von Anämien von chronischen Erkrankungen.

#### **Empfehlungen**

- Frühe und klare Diagnosestellung.
- Erstellung eines ambulanten Leistungskatalogs, um der Problematik der Gast-Patientinnen und -Patienten entgegenzuwirken.
- Gesamtheitliche Betrachtung und Erfassung der Patientinnen und Patienten vor allem im Hinblick auf Lebensqualität.
- Wertschätzung älterer Patientinnen und Patienten und deren Bedürfnisse.
- Enge Begleitung der Patientinnen und Patienten während der Behandlung.

#### **Mission Statement**

MDS stellt eine große Herausforderung dar, sowohl für behandelnde Ärztinnen und Ärzte, für das System, aber vor allem für die Betroffenen und deren Angehörige. Zwar ist die Zahl der Patientinnen und Patienten überschaubar, aber Betroffene leiden unter extremer Einschränkung der Lebensqualität. Um diese langfristig zu verbessern, muss sowohl die medizinische als auch die psychische Betreuung weiterhin ausgebaut werden.

## 97. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

# Generika 2020: Versorgungssicherheit und Systementlastung

Beim 97. PRAEVENIRE Gipfelgespräch zum Thema Generika wurde mit Blick auf die Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln in Österreich die zentrale Fragestellung diskutiert, wie ein modernes, solidarisches und zukunftssicheres Gesundheitssystem aussehen kann und welchen Beitrag Generika im Bereich der Arzneimittelversorgung leisten können.

## Status quo

Rund 48 Prozent aller Verordnungen in Österreich sind bereits Generika. Auch hat sich die Akzeptanz in der österreichischen Bevölkerung generell verbessert und der Einsatz von Generika wird mittlerweile großteils als selbstverständlich erachtet. Laut jüngsten Berechnungen bedeutet jeder weitere Prozentpunkt an Generika-Verschreibungen ca. zehn Mio. Euro Einsparungen für das Gesundheitssystem. Hinzu kommt, dass mit bereits rund 15.000 direkten und induzierten Arbeitsplätzen und einem Beitrag zum Bruttoinlandsprodukt von 3,1 Mrd. Euro die Generika-Sparte ein wichtiges Standbein der heimischen Industrie darstellt, womit die Generikaindustrie wesentliche Produktions- sowie Forschungs- und Entwicklungs-Standorte in Österreich hält. Etwa 285 Mio. Generika-Packungen werden jährlich in Österreich produziert, über 90 Prozent davon werden exportiert. Gleichzeitig senken Generika die Behandlungskosten um 65 Prozent und helfen dadurch den breiten Zugang zu innovativen Therapien zu sichern. Angesichts dieser bemerkenswerten Zahlen stand beim PRAEVENIRE Gipfelgespräch vor allem die Frage im Raum, wie der Generika-Anteil in Österreich erhöht werden kann und wie im Sinne der Patientinnen und Patienten Geldmittel für innovative Therapien und zukünftige Investitionen freigemacht werden können.

## Optimierungspotenzial

Als einer der hemmenden Faktoren für eine Erhöhung des Generika-Anteils in Österreich gilt u. a. die Problematik von Lieferengpässen. Die Situation habe sich laut Beobachtung der Expertinnen und Experten seit Jänner 2020 dramatisch verschlechtert, insbesondere bei Generika, die zu 80 Prozent in Indien und China produziert werden und in den letzten Monaten teils schwer verfügbar waren. Die bestehenden ökonomischen Rahmenbedingungen erschweren zudem eine starke pharmazeutische Industrie in Europa, wodurch es für Hersteller immer schwieriger wird, eine rentable Produktion in Europa aufrecht zu erhalten. Ein Grund dafür sei zum Teil auch der hohe ökonomische Druck in den europäischen Gesundheitssystemen, der wiederum zu einem immer höheren Druck auf die Produktionskosten der Hersteller führe. Aufgrund des hohen Preisdrucks lassen sich daher die Investitions- und Arbeitskosten sowie die Kosten für Infrastruktur und Energie kaum mehr erwirtschaften. Die Konsequenz ist eine weitere Abwanderung der Wirkstoffherstellung und der Produktion in asiatische Schwellenländer, vor allem nach Indien und China. Sofern der Kostendruck in europäischen Staaten weiter zunimmt, besteht die Gefahr, dass Anbieter aus ökonomischen Gründen den Markt verlassen. Wenn es nicht



## WANN

Montag, 25. Mai 2020 |  
14:00–16:00 Uhr



## WO

Videokonferenz

## DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Wolfgang Andiel**  
Präsident des Österreichischen Generikaverbandes
- **Dr. Christoph Dachs**  
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
- **Dr. Reinhold Glehr**  
Vorstandsmitglied der Steirischen Akademie für Allgemeinmedizin
- **Mag. Dr. Wolfgang Ibrom**  
Leiter der Apotheke des Ordens-  
klinikums Linz Elisabethinen
- **Dr. Sigrid Pilz**  
Wiener Pflege-, Patientinnen- und  
Patientenanwältin
- **DI Berthold Reichardt**  
Leiter Behandlungsökonomie der  
Landesstelle Burgenland der Öster-  
reichischen Gesundheitskasse
- **Mag. Martin Schaffenrath,**  
MBA, MBA, MPA  
Mitglied des Verwaltungsrates der  
Österreichischen Gesundheitskasse

Moderation:  
Robert Riedl | PERI Group

gelingt, die ökonomischen Rahmenbedingungen anzupassen, könne es zu Outsourcing als eine Folge des Kostendrucks und damit zu Versorgungsengpässen in Europa kommen. Lösungsansätze gäbe es mit einer Preisregulierung mit bedingter Erhöhung der Endpreise im Erstattungsmarkt für Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze (Rezeptgebühr), insbesondere für Produkte auf Basis von lokal produzierten Wirkstoffen. Auch staatliche Investitionszuschüsse für die lokale Produktion sowie eine Risikoabsicherung für die Bereitstellung von Produktionskapazitäten wie etwa Abnahmegarantien könnten hier für Abhilfe sorgen, wenn etwa ein in Europa produziertes Arzneimittel mehr kostet als jenes, das in Asien hergestellt wird.

### **Brennpunkt-Themen**

Neben dem Verlust hochqualifizierter Arbeitsplätze erhöhe die Auslagerung der Arzneimittelproduktion die Gefahr von Versorgungsengpässen. Wenn es nur mehr einen Hersteller eines Wirkstoffs gibt, können kleine Produktionsprobleme rasch zu globalen Engpässen führen. Um der Abwanderung bei der Herstellung von Wirkstoffen und Fertigmedikamenten in asiatische Länder entgegenzutreten und die wirtschaftliche Produktion innerhalb der EU auch für viele länger am Markt befindliche und patentfreie Arzneimittel wieder zu ermöglichen, benötige es gemeinschaftliche Maßnahmen, die einerseits gegen die fortschreitende Monopolisierung ankämpfen und gleichzeitig die Wirkstoffproduktion wieder vermehrt nach Europa zurückbringen. Die Corona-Pandemie habe hier die bereits bestehenden Probleme in der Versorgung mit Arzneimitteln sowie der Globalisierung der Produktionsketten noch weiter verschärft, womit die Auswirkungen der Krise im Bereich der Arzneimittelversorgung eine nachhaltige Lösung mit strategischem Wert dringend erforderlich machen.

Ein Blick auf mögliche hemmende Faktoren zeige den Optimierungsbedarf in den Schnittstellen zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich auf. Ein Grundproblem liegt im Übergang zwischen dem intra- und extramuralen Bereich. Patientinnen und Patienten, die von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt auf ein Generikum eingestellt und im Krankenhaus auf ein Originalpräparat umgestellt werden, werden dadurch verunsichert. Es trifft daher auf allgemeines Unverständnis, wenn eine Verschreibung in der Apotheke ohne dringenden Grund geändert wird. Daher benötigt der Umgang mit den Patientinnen und Patienten beim Thema Generika eine überzeugende Kommunikation durch Information und Beratung. Ideal wäre es, wenn den Patientinnen und Patienten eine therapieführende Ärztin bzw. ein therapieführender Arzt zur Seite steht, um die Verunsicherung bei Ein- und Umstellungen zu minimieren. Da bietet sich die Hausärztin bzw. der Hausarzt als Vertrauensperson an. Das setzt eine fundierte Aus- und Fortbildung der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner im pharmazeutischen Bereich voraus und erfordert die Aufnahme des Themas Patientenkommunikation in Aus- und Weiterbildungsprogramme. Auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten sei wichtig, denn wenn mit den Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe gesprochen wird, intra- wie extramurale Apothekerinnen und Apotheker sowie Ärztinnen und Ärzte miteinander kooperieren und mehr in Wirkstoffen als in Medikamenten gedacht werde, können Patientinnen und Patienten Vertrauen und Wissen aufbauen und etwaige Ängste vor Generika verlieren. In Zukunft soll im Zuge von Awareness-Kampagnen auch die junge Generation als Zielgruppe angesprochen werden.



Wenn diese frühzeitig für das Thema sensibilisiert wird bzw. das Fach der „Medikamentenlehre“ im Studium mehr gefördert wird, kann das Bewusstsein für Generika und der Verschreibungsanteil gesteigert werden.

### **Empfehlungen**

- Bedarf nach stabilen und wettbewerbsfähigen Rahmenbedingungen
- Lieferengpässe als hemmende Faktoren für eine Erhöhung des Generika-Anteils in Österreich
- Hoher ökonomischer Druck in den europäischen Gesundheitssystemen führt zu hohem Druck auf die Produktionskosten der Hersteller
- Die Investitions- und Arbeitskosten sowie die Kosten für Infrastruktur und Energie sind am Produktionsstandort Europa nicht rentabel, was zu weiterer Abwanderung der Wirkstoffherstellung in asiatische Schwellenländer führt
- Optimierungsbedarf gibt es vor allem an der Schnittstellen zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich
- Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe, das Thema Generika braucht eine überzeugende Information und fundierte Beratung.

### **Mission Statement**

Der Generikaanteil in Österreich soll erhöht werden und kann im Sinne der Patientinnen und Patienten Geldmittel für innovative Therapien und zukünftige Investitionen freimachen und zur Versorgungssicherheit beitragen bzw. zu einer Entlastung des Gesundheitssystems führen. Es müssen aber Hemmnisse abgebaut sowie stabile und wettbewerbsfähige Rahmenbedingungen ermöglicht werden. Auch der Umgang mit den Patientinnen und Patienten beim Thema Generika braucht eine überzeugende Kommunikation durch Information und Beratung.

## 98. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

# Status quo der Versorgung chronischer und schlecht heilender Wunden & Was muss für eine optimale Versorgung in Österreich geschehen?

**WANN**

Montag, 27. Mai 2020 |  
14:00–16:00 Uhr

**WO**

Videokonferenz

**DISKUSSIONSTEILNEHMENDE**

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. pharm. Monika Aichberger**  
Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Oberösterreich der Österreichischen Apothekerkammer
- **Dr. Thomas Czypionka**  
Head of IHS Health Economics and Health Policy
- **Florian Habersberger**  
NEOS Referent Gesundheit, Pflege und Pensionen
- **DGKP Gerhard Kammerlander, MBA**  
WundKompetenzZentrum Linz, selbstständiger Wundmanager
- **Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser**  
Präsidentin der Österreichischen Diabetesgesellschaft
- **DGKP Sonja Koller, MBA**  
Präsidentin der AWA, Leitung Wundmanagement Pflege am LK Melk
- **DGKP Ljiljana Kovacevic, BScN**  
Pflegedienstleitung Hilfe und Pflege daheim, Wiener Hilfswerk
- **Mag. Martina Laschet**  
Initiative Wund?Gesund!
- **Mag. Philipp Lindinger**  
Initiative Wund?Gesund!
- **Dr. Erwin Rebhandl**  
Präsident des Vereins AM PLUS
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**  
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse

Moderation:

Robert Riedl | PERI Group

Was muss im Sinne einer solidarischen Gesundheitsversorgung geschehen, um in Österreich eine optimale Versorgung von chronischen und schlecht heilenden Wunden zu gewährleisten? Es soll in Österreich zum Normalzustand werden, dass jede Patientin und jeder Patient ein Anrecht auf eine State-of-the-Art-Behandlung chronischer und schlecht heilender Wunden hat, die möglichst effektiv und effizient wirkt. Essenziell dafür sind unter anderem eine bedarfsgerechte Ausbildung, die interdisziplinäre und multi-professionelle Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen sowie die Honorierung der Leistung und die Auswahl qualitativ hochwertiger Verbandstoffe bei fairer Preisgestaltung. Mehr Information, mehr Transparenz und mehr Selbstbestimmung.

**Status quo**

Rund 250.000 Menschen in Österreich leiden an chronischen Wunden. Mehr als 68.000 Menschen erkranken jährlich daran. Aktuell werden lediglich 15 Prozent der Betroffenen mit modernen Wundprodukten behandelt. Bei über 75 Prozent kommt weiterhin eine traditionelle Wundversorgung zur Anwendung. Es besteht im österreichischen Gesundheitssystem ein großer Aufholbedarf im Bereich der Prävention und der Behandlung von chronischen und schlecht heilenden Wunden.

Gleichzeitig zeigt sich, dass die positiven Auswirkungen und Maßnahmen moderner Wundmedizin sehr vielfältig sind. Moderne Wundmedizin beschleunigt den Heilungsverlauf nachhaltig, reduziert die Schmerzen der Patientinnen und Patienten und kann (Folge-)Kosten reduzieren. Das führt zu einer gesteigerten Motivation und einer rascheren Reintegration, was der sozialen Isolation entgegenwirkt und zu mehr Lebensqualität führt. Auch volkswirtschaftlich zeigen sich positive Effekte durch reduzierte Krankenstände. Darüber hinaus sparen verkürzte Behandlungszeiten Personalkosten und auch die Materialkosten reduzieren sich bei einer innovativen Wundversorgung erheblich. Absolut können durch die Reduktion von Personal- und Materialkosten rund 180 Millionen Euro eingespart werden.<sup>11</sup>

Laut Österreichischer Diabetes Gesellschaft sind derzeit 600.000 Menschen in Österreich an Diabetes mellitus erkrankt. 6 Prozent der Diabetikerinnen und Diabetiker entwickeln ein diabetisches Fußsyndrom. 15 Prozent der Betroffenen wird im Zuge der Behandlung letztlich der Fuß amputiert. 40 Prozent der Amputationen könnten jedoch laut Diabetesbericht 2017 des Bundesministeriums für Gesundheit durch innovative Wundversorgung und entsprechende Therapie vermieden werden. Über 80 Prozent der chronischen, schlecht heilenden Wunden betreffen Patientinnen und Patienten mit einer peripher arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) oder einem Lip-Lymphödem.

<sup>11</sup> www.wund-gesund.at

### Optimierungspotenzial in der Patientenversorgung

Für eine optimale Versorgung ist es wichtig, bereits früh aktiv zu werden und auf Prävention zu setzen. Ziel ist es, die Entstehung von chronischen Wunden zu verhindern. Dazu ist es wichtig, dass die Diagnostik so früh und so kompetent wie möglich erfolgt. Das wird derzeit in Österreich in Hinblick auf die Vermeidung chronischer Wunden zu wenig gelebt. Wenn chronische oder schlecht heilende Wunden entstanden sind, gilt es, diese in optimierter Weise zu behandeln. Dazu braucht es unter anderem ein Zusammenwirken aller relevanten Gesundheitsberufe sowie eine optimierte Vernetzung des stationären und des niedergelassenen Bereichs, um Therapieabbrüche zu vermeiden. Wichtig ist ein koordiniertes, partnerschaftliches Miteinander aller Akteure im Sinne einer optimalen Wundversorgung. Ein multiprofessionelles Team, in enger Zusammenarbeit und mit dem Austausch relevanter Informationen untereinander, mit dem gemeinsamen Ziel einer optimierten Versorgung chronischer und schlecht heilender Wunden. In Zukunft benötigt es daher eine stärkere Unterstützung zur Zusammenarbeit und Interdisziplinarität, um ein gemeinsames Erarbeiten von Projekten mit unterschiedlichen Berufsgruppen zu ermöglichen. Für chronische Wundpatientinnen und -patienten ist ein eigenes Disease-Management-Programm (DMP) sinnvoll, in dem – von der Prävention bis zur Behandlung – eine multiprofessionelle Versorgung umgesetzt wird. Die bereits für spezielle Krankheitsbilder entwickelten DMPs – wie z. B. für Diabetes – sind ein Schritt in die richtige Richtung, jedoch sind die Wundversorgungsprogramme hier nicht ausreichend integriert. Damit ein DMP gut funktioniert und um potenziellen Limitationen früh zu begegnen, benötigt es den klaren Willen aller Beteiligten für ein flächendeckendes DMP-Angebot. Ein gutes DMP-Konzept könne entwickelt und darauf basierend die Finanzierung besprochen werden.

Großes Engagement besteht in der Wundversorgung vonseiten der Ärztinnen und Ärzte, Wundexpertinnen und -experten und des Pflegepersonals, jedoch muss das Thema der Finanzierung und Honorierung geklärt werden, um die Leistungen aufzuwerten und auch finanziell anzuerkennen. Insbesondere bei der Aufwertung sei es wichtig, verstärkt auf Weiterbildung und Spezialisierungen zu setzen und auch die Kompetenz der Verordner im Sinne einer Verbesserung der Versorgung chronischer und schlecht heilender Wunden zu steigern. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind bei der Versorgung chronischer Wunden damit konfrontiert, dass Interventionen honoriert werden, jedoch konservative moderne Therapien, die oft eine spezielle Ausbildung erfordern und sehr zeitintensiv sind, nicht ausreichend abgegolten werden. Wohingegen eine entsprechende Refundierung den Anreiz, sich zu engagieren, noch weiter steigern würde.

Die große Problematik besteht jedoch darin, dass die Lebensqualität der Betroffenen eingeschränkt ist und die Folgekosten sowohl für sie als auch für das System steigen, wenn in Zukunft nicht verstärkt auf moderne Wundmedizin gesetzt wird und diese und der dafür erforderliche Zeitaufwand nicht entsprechend honoriert werden.

Ein wichtiger Punkt, bei dem großer Aufholbedarf erkannt wurde, ist die Digitalisierung. Diese bietet etwa die Möglichkeit, dass mobile Gesundheitsdienstleister telemedizinische Begutachtungen durchführen. Das kann Behandlungsabläufe und -wege reduzieren. Hier müsse jedoch mitbedacht werden, dass einerseits sehr gut geschultes Personal benötigt wird, welches die Erfahrung hat, auch über telemedizinische Applikationen z. B. Infektionen erkennen zu

können. Andererseits ist zu bedenken, dass u. a. auch Abstriche durchgeführt werden müssen, die nur in persönlichem Kontakt mit den Patientinnen und Patienten möglich sind.

### **Brennpunkt-Themen**

- Die Versorgung chronischer und schlecht heilender Wunden liegt im Argen.
- Frühzeitig auf Prävention setzen, um das Entstehen chronischer Wunden zu vermeiden.
- State-of-the-Art-Behandlung chronischer oder schlecht heilender Wunden.
- Zusammenwirken aller relevanten Berufsgruppen sowie die Vernetzung und effektive Einbindung von Klinikambulanz, der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der relevanten Fachärztinnen und -ärzte und Pflegepersonen.
- Großes Engagement in der Wundversorgung, jedoch notwendiger Bedarf einer Finanzierung und Honorierung.
- Es erfordert auch den Willen seitens der Politik für die optimierte Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden.
- Die Finanzierung und Maßnahmen der Wundversorgung sollten sich an Qualitätsvorgaben und Qualitätskriterien orientieren.
- Chronische Wundpatientinnen und -patienten benötigen ein eigenes Disease-Management-Programm.
- Positive Auswirkungen moderner Wundmedizin bedeuten eine Win-win-Situation für alle Beteiligten: erhöhte Lebensqualität, eine Linderung der Schmerzen, verkürzte Behandlungszeiten, geringere Zusatzkosten für zusätzliche Therapien, eine Reduktion der Amputationen, schmerzärmere Verbandwechsel und eine raschere Reintegration sowie die Reduktion von Krankenständen, Personal- und Materialkosten.

### **Lösungsvorschläge**

Der Weg sollte folgender sein: weg von einer „zweckmäßigen und ausreichenden“ und hin zu einer hochwertigen State-of-the-Art-Versorgung chronischer und schlecht heilender Wunden, die sich am Outcome und an der Qualität der Wundversorgung orientiert. Alle diese Maßnahmen haben sowohl positive Effekte auf die Lebensqualität der Betroffenen als auch volkswirtschaftliche Effekte wie beispielsweise reduzierte Krankenstände zur Folge. In diesem Zusammenhang gilt es, auch bestehende, teilweise veraltete Leistungskataloge zu überarbeiten, zu aktualisieren und vor allem zu harmonisieren, um österreichweit für Patientinnen und Patienten die gleiche State-of-the-Art-Versorgung sicherzustellen. Trotz der Kassenfusionierung gibt es weiterhin unterschiedliche Verbandsstoffverordnungskataloge und somit keine Harmonisierung der Leistungserbringung für ganz Österreich, womit der Umfang der Leistungen von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ist. Weder eine Einschränkung der Wahlfreiheit bei der Verordnung von Wundverbänden noch ein Honorierungsmodell, das sich auf die Definition eines Wundstadiums stützt, bieten eine optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten. Hier ist beispielsweise auch der Bereich der medizinischen Hauskrankenpflege betroffen, als verlängerter Arm nach einem Spitalsaufenthalt. Betroffene, die eine längere Betreuung benötigen, müssen die entstehenden Kosten im weiteren Verlauf selbst finanzieren, wodurch sich der Heilungsprozess verzögert oder sich nicht abschließen lässt. Deshalb darf die finanzielle Last der Behandlung nicht von

den Patientinnen und Patienten alleine getragen werden. Auch die Sozialversicherung brauche Anreize, die Versorgung chronischer und schlecht heilender Wunden zu optimieren.

Angeregt wurde auch, dass die Politik, etwa zur Harmonisierung der Leistungskataloge, Expertinnen und Experten der Initiative Wund?Gesund! und die Austrian Wound Association (AWA) in die Arbeitsgruppen miteinbezieht.

Was die Honorierung der Behandlungsleistung betrifft, wurden folgende Vorschläge diskutiert: Eine Option wäre z. B. eine pauschalierte Honorierung vonseiten der Sozialversicherungsträger, welche den notwendigen Zeitaufwand berücksichtigt. Es solle nicht kleinteilig und kontrollierend vorgegangen werden, sondern eher eine Orientierung an Qualitätsvorgaben einer State-of-the-Art-Wundversorgung sein. Zudem seien auch Abrechnungsmöglichkeiten für diese professionelle Personengruppe der Wundmanager bzw. eine Direktverrechnung mit den Kassen sowie eine generelle Vereinfachung der Verordnungsmodalitäten im Sinne einer Verbesserung der Wundversorgung, damit beispielsweise eine sogenannte „Chefarztbewilligung“ nicht mehr eingeholt werden muss. Zudem dürfen chronische Wunden nicht länger als Nebendiagnose betrachtet werden. Ebenso angemerkt wurde, dass ein tatsächliches Leben der 2016 in Kraft getretenen Pflegenovelle, die Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Weiterverordnung von Verbandsmaterialien berechtigt, einen weiteren Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation von chronischen und schlecht heilenden Wunden leistet.

Auch aus parlamentarischer Sicht wird für das Thema der Wundversorgung ein sehr großes Optimierungspotenzial gesehen. Gleichzeitig benötigt es einen Verantwortlichen für das Thema, da es sich aus der Sicht der Politik um eine Querschnittsmaterie handelt und die Zuständigkeit fehlt. Wichtig sind daher klare Strukturen und der Wille seitens der Politik, dieses Thema weiterhin zu behandeln und damit zur notwendigen Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden bzw. mit neuen Konzepten der Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten beizutragen. In dem Zusammenhang sollte auch eine gesamtösterreichische Lösung gefunden werden.

### **Mission Statement**

Es erfordert ein Umdenken im System bzw. Ideen aus der Sicht des Gesetzgebers, wie ein Anreizsystem eine ziel- und qualitätsorientierte Behandlung forcieren kann. Wichtig ist, dass es weiterhin ein starkes Bewusstsein für dieses Thema der Versorgung chronischer und schlecht heilender Wunden geben muss und alle Kräfte gebündelt werden. Es sollte in Österreich zum Normalzustand werden, dass jede Patientin und jeder Patient ein Anrecht auf eine State-of-the-Art-Behandlung chronischer oder schlecht heilender Wunden hat, die möglichst effektiv und effizient wirkt. Weg von einer „zweckmäßigen und ausreichenden“ und hin zu einer hochwertigen Versorgung, die sich an der Qualität der Wundversorgung orientiert und österreichweit gleich ist. Nur so entsteht schließlich eine Win-win-Situation für alle Beteiligten, da auf der einen Seite die Lebensqualität der Menschen erheblich gesteigert wird und auf der anderen Seite Folgekosten gesenkt werden können. Essenziell dafür sind unter anderem gut geschultes (Fach-)Personal, eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit aller relevanter Berufsgruppen sowie die Auswahl qualitativ hochwertigster Verbandstoffe im Sinne einer optimalen Versorgung

der Wunde – harmonisiert für ganz Österreich. Ebenso sinnvoll ist ein eigenes Disease-Management-Programm (DMP) für chronische Wundpatientinnen und Wundpatienten, bei dem – von der Prävention bis zur Behandlung – eine multi-professionelle Versorgung umgesetzt wird.

Zusammenfassend gilt es, chronische Wunden gar nicht erst entstehen zu lassen. Wenn das nicht gelingt, sie früher zu erkennen, besser zu versorgen und so zu einer schnelleren Heilung beizutragen, wodurch Folgeschäden ebenso wie Folgekosten für die Betroffenen selbst wie auch für das Gesundheitssystem minimiert werden können.

# Experteninterviews

## DR. WOLFGANG ANDIEL

### PRÄSIDENT DES ÖSTERREICHISCHEN GENERIKAVERBANDES

#### Generika in allen Gesundheitszielen

Arzneimittel sind ein wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung. Die sichere und kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln sowie der gleiche Zugang aller Patientinnen und Patienten unabhängig von Wohnort oder sozialem Status sind zentrale Ziele der öffentlichen Gesundheit. Dabei sind Fehl-, Über- oder Unterversorgung zu vermeiden.

Generika leisten einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung einer modernen Arzneimitteltherapie, denn jeder Prozentpunkt mehr Generika-Verordnung bewirkt eine Ausgabensenkung um zehn Millionen Euro.

Dadurch kann der Anteil der Arzneimittelausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben stabil gehalten und eine moderne Arzneimitteltherapie sichergestellt werden.

Stabile und planbare Rahmenbedingungen im Erstattungsmarkt sind zur Erreichung dieser Ziele essenziell. Die neue Biosimilars-Preisregelung und das sogenannte Preisband leisten dazu einen wichtigen Beitrag.

Gesundheitsziele wie „gesundheitliche Chancengleichheit“ (Ziel zwei), „Gesundheitskompetenz stärken“ (Ziel drei), „durch sozialen Zusammenhalt Gesundheit stärken“ – Solidarität (Ziel fünf) und „leistbare Gesundheitsversorgung für alle sicherstellen“ (Ziel zehn) sind direkt oder indirekt mit der Verwendung von Generika verknüpft. Der effiziente Umgang mit finanziellen Ressourcen durch möglichst breite Anwendung der kostengünstigen Nachfolge-Arzneimittel unterstützt wesentlich die Erreichung dieser Ziele.

#### Zielsteuerung Gesundheit

Die Zielsteuerung Gesundheit beschäftigt sich auf Bundes- und Landesebenen mit der intra- und extramuralen Schnittstelle und der Verteilung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Auch hier spielen Generika eine wichtige Rolle, weil die Spitalsbehandlung sehr häufig die Therapie im niedergelassenen Erstattungsmarkt beeinflusst.

Bei stationärer Aufnahme muss die bestehende Medikation der Patientinnen und Patienten auf die Hausliste umgestellt werden. Mit diesen Medikamenten wird die Patientin oder der Patient dann entlassen. Der Entlassungsbrief enthält zwar meist den Zusatz, dass die/der niedergelassene Ärztin/Arzt ein anderes, wirkstoffgleiches Medikament verordnen kann. Dennoch bedeutet das einen erhöhten Aufwand für den niedergelassenen Kassenarzt und erschwert die Fortsetzung einer Generika-Verordnung.

Sinnvoll wäre die digitale Erfassung der Medikation bei stationärer Aufnahme und die Rückumstellung auf die bisherigen Generika bei Entlassung der Patientin oder des Patienten, wenn kein Absetzen oder keine Wirkstoffumstellung erfolgt ist. Die Einführung der e-Medikation als Funktion der ELGA und das elektronische Rezept ab 2020 werden eine kontinuierliche Medikamenten-Therapie und damit auch die Therapietreue (Adhärenz) der Patientinnen und Patienten wesentlich unterstützen.

#### Versorgung

Der hohe ökonomische Druck in den europäischen Gesundheitssystemen führt zu immer höherem Druck auf die Produktionskosten. Die Produktion von immer mehr Wirkstoffen und Fertigarzneimitteln wird daher in asiatische Schwellenländer, v. a. Indien und China, verlagert. Qualitätsmängel und Lieferausfälle aus anderer Ursache gehören inzwischen in Europa zu der täglichen Realität.

Es bedarf gemeinschaftlicher Maßnahmen, um eine wirtschaftliche Produktion innerhalb der EU auch für viele ältere und patentfreie Arzneimittel wieder zu ermöglichen.

Mögliche Lösungsansätze könnten sein:

- Preisregulierung mit bedingter Erhöhung der Endpreise im Erstattungsmarkt für Arzneimittel unter der Kosten-erstattungsgrenze (Rezeptgebühr) insbesondere für Produkte auf Basis von lokal produzierten Wirkstoffen.
- Preisregulierung durch staatliche Investitionsbezuschussung der lokalen Produktion.
- Absicherung des Versorgungsrisikos durch staatliche Zahlungen für die Bereitstellung von Produktionskapazitäten als Risikoabsicherung gegen Versorgungsengpässe.



## AO. UNIV.-PROF. DR. MICHAEL BINDER

### MEDIZINISCHER DIREKTOR DES WIENER GESUNDHEITSVERBUNDES

Die Gesellschaft hat z. B. nicht dafür gesorgt, es den Frauen, welche ein Mammakarzinom haben, den Erhalt des Medikaments Herceptin zu vereinfachen. Frauen werden, um dieses spezielle Medikament zu erhalten, in Krankenhäuser geschickt. Sie werden zumeist nicht vorab zu einem Onkologen überwiesen, sondern in ein Krankenhaus. Die betroffenen Patientinnen beklagen in Folge lange Wartezeiten in den Krankenhäusern. Eine Durchführung im extramuralen Bereich könnte diese Wartezeiten verkürzen, die Beibehaltung der Therapiequalität vorausgesetzt. Das muss auch entsprechend honoriert werden.

#### *Herrscht hier ein Selektionsproblem?*

Das Problem liegt bei den Ausschreibungspaketen. Trotz Einladung aller Einkäufer und Länderträger hat es keinen schlagkräftigen Zusammenschluss gegeben und hat ergebnislos geendet. Es gäbe die Möglichkeit von bundeslandübergreifenden Zusammenschlüssen, wie internationale Staaten wie Benelux vorzeigen. Diese Struktur eines Zusammenschlusses bewirkt kostengünstiger größere Mengen einzukaufen und dabei Transparenz zu schaffen. Je mehr eingekauft wird, je stärker diese Marktmacht des Einkäufers ist, desto mehr gerät der Hersteller unter Druck und wird dementsprechend reagieren müssen.

Die Flexibilität bei vergleichbaren Medikamenten ist zu gering. Im Vergleich zu Deutschland hat Österreich weniger Probleme Off-Label-Substanzen zu geben. In der Onkologie sind oft viele vergleichbare Substanzen im Einsatz.

Bei Onkologika existiert eine hohe Bereitschaft für Qualität zu zahlen.

Noch zu wenige haben darauf reagiert. Das ist die erste Phase der Ernüchterung. Manche Medikamente wirken bei einer Gruppe von Erkrankungen hervorragend, wirken aber bei einer ebenfalls bekannten Gruppe von Erkrankungen nicht. Bei der Reaktion bezüglich Wirksamkeit sind wir manchmal zu langsam.

Für jedes Medikament, das einen gewissen finanziellen threshold hat muss verpflichtend ein Register eingeführt werden. Das gilt für jedes Medikament, das chronisch oder auch nur einmal gegeben wird, aber eine gewisse Einsatzgröße hat; Z. B.: finanzielle Größe ab 20.000 Euro Jahrestherapiekosten, weil wir QALY's (quality-adjusted life year) in Österreich nicht als Verrechnungsgröße verwenden.

## MAG. PHARM. DR. ALEXANDER HARTL

### DELEGIERTER DES ÖSTERREICHISCHEN APOTHEKERVERBANDES

Rund zehn Prozent der stationären Aufnahmen in Spitälern bei geriatrischen Patientinnen und Patienten (65+) sind Folge von arzneimittelbezogenen Problemen. Problematisch dabei ist, dass diese nicht durch entsprechende Aufnahme Diagnosen im ICD-10-Code transparent sind. Die wahren Kosten, die im System entstehen, sind nicht im Medikamentenbereich, sondern nachgelagert im stationären Bereich/Pflegebereich.

#### **Medikationsmanagement – Polypharmazie**

Von Apothekerinnen und Apothekern wird erwartet, dass in der Apotheke eine Beratung geboten wird. Diese wird aber dadurch erschwert, dass die/der Apothekerin/Apotheker die Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten nicht kennt bzw. nur zu einer Erkrankung oder einem Medikament befragt wird. Informationen zur Medikation werden aber auf jeden Fall benötigt, selbst wenn diese nicht immer aktiv gefordert werden. Polypharmazie ist eine wachsende Herausforderung, denn ab fünf Medikamenten steigt die Wahrscheinlichkeit an Wechselwirkungen. Bei der Polypharmazie ist einerseits die wissenschaftliche Seite und andererseits die menschliche Seite, also die Adhärenz, relevant.

---

#### **BEISPIEL**

*Oft kommt es in einem Alter zwischen 40 und 60 zu einem gesundheitlichen Ereignis und der Zustand von keiner Einnahme bzw. einer Bedarfseinnahme eines Medikaments ändert sich zu einer Einnahme von fünf oder mehr Medi-*

kamenten. Da es heutzutage eine viel größere Möglichkeit an Substanzklassen zur Therapie gibt, kommen oft mehrere Medikamente gleichzeitig zum Einsatz. Auch über die Funktion und die Wechselwirkungen dieser Medikamente existiert viel mehr Wissen als noch vor 30 Jahren. So kann schon bei zwei Medikamenten, etwa der Einnahme eines Cholesterinsenkers in Kombination mit einem Antibiotikum, eine lebensbedrohende Wechselwirkung entstehen. Wenn die Anzahl der Medikamente beispielsweise auf 15 ansteigt, braucht es klarerweise jemanden, der der/dem Patientin/Patienten beratend zur Seite steht.

---

Durch eine effiziente und richtige Medikation können Kosten gesenkt werden. Gleichzeitig wird das Patientinnen- und Patientenwohl gefördert, indem diese weniger Medikamente einnehmen müssen. Ein effizienter Mitteleinsatz führt sozusagen zu einem erhöhten Patientinnen- und Patientenwohl.

### **Adhärenz**

Der allgemeine Wunsch ist, dass alle gesund älter werden, länger im Erwerbsleben bleiben und in der Pension möglichst wenige Medikamente benötigen. Möglichst zu verhindern ist die Einnahme von Medikamenten, die zu einer Zustandsverschlechterung der Patientinnen und Patienten führen.

Die Auswahl des richtigen Medikaments in Zusammenarbeit mit der/dem Ärztin/Arzt funktioniert im Krankenhaus sehr gut. In der öffentlichen Apotheke muss ein zusätzlicher Feedback-Loop mit der/dem verschreibenden Ärztin/Arzt berücksichtigt werden. Die Einholung von Feedback kann durch die eingeschränkte Erreichbarkeit der/des Ärztin/Arztes erschwert werden. Um den Austausch zu erleichtern und Medikamente effizienter abgleichen zu können, wäre eine elektronische Lösung wünschenswert. AMTS ist ein bereits bestehendes elektronisches System, in welches die Medikamente eingepflegt werden, und könnte als Tool für einen elektronischen Austausch genutzt werden. Zurzeit stellt sich die Frage, was mit den vorhandenen und zukünftigen Daten passieren soll. Sinnvoll wäre es, wenn die/der Apothekerin/Apotheker und die/der Ärztin/Arzt alle Medikamente der/des Patientin/Patienten einsehen könnten. Bei Einführung des elektronischen Rezepts wären somit zumindest die/der Kassenärztin/-arzt und die/der Pharmazeutin/Pharmazeut durch ein System in Verbindung. Problematisch wird es, wenn eine Wahlärztin oder ein -arzt ein Medikament verschreibt, denn dieser ist nicht in diesem System integriert.

Fakt ist, dass Apothekerinnen und Apotheker Aufklärungsarbeit hinsichtlich der Medikamente leisten müssen. Vielen Patientinnen und Patienten muss erklärt werden, warum das verschriebene Medikament wichtig ist, wie es eingenommen werden muss oder welche Nebenwirkungen auftreten könnten. Das Wissen über eine Medikation muss auch wiederholt werden, da es oft in Vergessenheit gerät. Das Wiederholen des Wissens ist essenziell. Je weniger die/der Patientin/Patient informiert ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass das Medikament nicht so eingenommen wird, wie es sollte.

### **Potenzial der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten**

Bei Patientinnen und Patienten, die mehr als fünf Medikamente einnehmen und älter als 65 sind, sollte in einem persönlichen Gespräch ihre Medikation überprüft, besprochen und sortiert werden. Ein derzeitiges Problem ist jedoch die nicht vorhandene Finanzierung dieser Dienstleistung. Zurzeit liegt sehr viel Wissen der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im System brach, welches noch ausgeschöpft werden könnte, als dies. Apothekerinnen und Apotheker haben die höchste pharmakologische Ausbildung im österreichischen Gesundheitssystem, deren Potenzial noch wesentlich mehr genutzt werden könnte, als momentan der Fall ist. Eine solche verstärkte Nutzung des pharmazeutischen Wissens würde in einer Optimierung des Systems und Patientensicherung resultieren.

Das Wissen um Arzneimittel hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert und erweitert. Mittlerweile kann abgeleitet werden, zu welchen Wechselwirkungen es bei gleichzeitiger Verabreichung von Medikamenten kommen kann.

Es werden bei Ärztinnen und Ärzten und Apothekerinnen und Apothekern hinsichtlich der Anwendung eines Medikaments unterschiedliche Ausbildungsschwerpunkte gesetzt. Bei der Ärztin oder dem Arzt liegt der Fokus darauf, welches Medikament wofür und in welcher Dosis verabreicht werden soll. Bei der Apothekerin oder dem Apotheker hingegen liegt der Fokus auf der Wirkung des Medikaments. Daraus hat sich die Disziplin der klinische Pharmazie ergeben, die auch immer gefragter wird. Im AKH beispielsweise beraten klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten die Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich Wirksamkeit und Wechselwirkungen.

Im Krankenhaus ist das Modell der klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten bereits gang und gäbe. Im niedergelassenen Bereich haben Apothekerinnen und Apotheker leider noch keinen Zugang zu klinischen Daten. Eine standardisierte Zusatzausbildung wäre auch im niedergelassenen Bereich sinnvoll.

Das Fachwissen einer/s Apothekerin/Apothekers ist auch ein Argument, weshalb Medikamente in der Apotheke verbleiben und von Modellen wie dem amerikanischen abgeraten werden sollte. Der freie Verkauf von Medikamenten wird als bedenklich gesehen, da die Beratung zu diesen fehlt. Informationen müssten hier aktiv eingeholt werden. Das System in Österreich ist dahingehend ein sehr gutes und soll gefördert werden.

In der Struktur des österreichischen Gesundheitswesens soll die/der Apothekerin/Apotheker mit ihrem/seinem Fachwissen ein integraler Bestandteil sein. Diese Kompetenz darf nicht dadurch zerstört werden, dass beispielsweise gewisse Medikamente auch in anderen Bereichen abgegeben werden.

### Versorgungssicherheit von Arzneimitteln

Lieferschwierigkeiten sind ein zunehmendes Problem und Patientinnen und Patienten haben am wenigsten Verständnis dafür. Deshalb müssen sich die Apotheken vermehrt der Bearbeitung dieser Problematik widmen. Apothekerinnen und Apotheker sind gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten bemüht, Lösungen einer alternativen Medikation anbieten zu können. Oft sind magistrale Rezepturen, also die Herstellung von Medikamenten durch den Apotheker auf ärztliche Zuweisung, die Lösung des Problems, da ein bestimmtes Medikament am Markt nicht verfügbar (z. B. gewünschte Dosierung oder Darreichungsform ist nicht vorhanden) ist. Magistrale Arzneimittel können als Sicherheitsaspekt in der Versorgung gesehen werden, da diese individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst hergestellt werden.

Selektiver Vertrieb eines Arzneimittels über nur einen Großhändler ist sehr unzuverlässig und nicht ethisch vertretbar. Ebenso wäre eine Lieferproblematik nicht überbrückbar. In Deutschland gibt es die Regelung, dass jeder, der ein Medikament auf den Markt bringt und möchte, dass dieses erstattet wird, mehrere Großhändler beliefern muss.

### Apothekerinnen und Apotheker als niederschwelliger Ansprechpartner

Die Apotheke ist ein niederschwelliger Ansprechpartner in der Versorgung der Patientinnen und Patienten, auch da die Hemmschwelle hier viel niedriger ist als bei jenen, die/den Ärztin/Arzt aufzusuchen.

Pharmazeuten können und möchten in der Versorgungsstruktur auch weitere Aufgaben übernehmen, die aber finanziert werden müssten. Eine Triagierung (erste Ersteinschätzung einer/eines Patientin/Patienten mit einer akut aufgetretenen Gesundheitsstörung) wäre auf jeden Fall wünschenswert, weil dadurch kurzfristig schnelle Hilfe niederschwellig gegeben werden kann.

Es gibt unterschiedliche Modelle, der Apotheke mehr Kompetenzen zu übertragen:

- Die Apothekerinnen und Apotheker als Gatekeeper:** um schneller die richtige Auswahl des Spezialisten gewährleisten zu können.
- Entlastung der/des Ärztin/Arztes:** Z. B. müssen Langzeitrezepte für Medikamente zur Senkung des Blutdrucks nicht immer bei der Ärztin oder dem Arzt geholt werden; die/der Apothekerin/Apotheker kann beispielsweise den Blutdruck kontrollieren und wenn dieser in Ordnung ist, bekommt die/der Patientin/Patient die gewohnte Medikation. Ressourcen könnten so bei gleichbleibender Qualität gespart werden.
- Die Apotheke als Multiplikator:** Z. B. würden durch die Befugnis, dass die/der Apothekerin/Apotheker Influenza impfen darf, die Impfraten durch einen niederschweligen Zugang erhöht werden; England könnte hierzu als Vorzeigemodell betrachtet werden.

Es besteht der Wunsch nach einer verbesserten Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Apothekerinnen und Apothekern und nach der Möglichkeit, elektronische Kontaktwege zu nutzen.

### Apotheken und Self Care

Durch Empfehlungen zu Self Care kann das System entlastet und gleichzeitig Gesundheitswissen bei Patientinnen und Patienten geschaffen werden.

Durch Interaktionen mit dem Fachmann können erste Behandlungen von Krankheitssymptomen vorgenommen werden. Anleitungen durch die/den Apothekerin/Apotheker sind besonders wichtig, da die/der Patientin/Patient wiederum Informationen bekommt, welche Handlungen sie/er zu setzen hat bzw. zu welchen Spezialistinnen und Spezialisten sie/er gehen muss.

### **Chronisch Kranke**

Die/der Apothekerin/Apotheker könnte auch mehr in der Versorgung chronisch Kranker beitragen, wenn es das System zuließe.

---

### **BEISPIEL DIABETIKER**

*Patientinnen und Patienten bekommen in der Apotheke Medikamente und im Gesundheitszentrum der Gebietskrankenkasse Zuckermessstreifen. Patientinnen und Patienten kommen oft dennoch in die Apotheke, um sich erklären zu lassen, wie das Zuckermessgerät funktioniert. Komplexe Systeme machen es den Patientinnen und Patienten schwer, sich darin zurechtzufinden. Um sich als Patientin/Patient viele Wege und Zeit ersparen zu können, müssen alle gesundheitsbezogenen Dinge, wie beispielsweise in diesem Fall Diabetikerbedarf, in der Apotheke zugänglich gemacht werden.*

---

### **Empfehlungen**

- Medikamentenmanagement durch die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten gibt es zurzeit nur in Pilotprojekten. Ein daraus resultierender effizienter Mitteleinsatz der Medikation würde Kosten senken sowie das Patientinnen- und Patientenwohl erhöhen.
- Das Potenzial der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten sollte angehoben und ihr Fachwissen vermehrt genutzt werden.
- Die Ausbildungsbemühungen zu klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten müssen verbessert werden.
- Die Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Apothekerinnen und Apothekern sollte verbessert und mittels elektronischer Möglichkeiten unterstützt werden.

## **DR. SABINE MÖRITZ-KAISERGRUBER**

### **PRÄSIDENTIN DES BIOSIMILARSVERBANDES ÖSTERREICH**

Arzneimittel sind ein wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung der öst. Bevölkerung; die sichere und kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln sowie ein solidarischer und gleicher Zugang aller Patientinnen und Patienten ist Ziel der österreichischen Gesundheitsversorgung. Dabei sind sowohl Fehl-, Über- als auch Unterversorgungen zu vermeiden.

Biosimilars haben in den letzten zehn Jahren Einsparungen von ca. 200 Millionen Euro im Gesundheitssystem gebracht. Es besteht die Möglichkeit, dieses Volumen innerhalb weniger Jahre auf mehr als 500 Millionen Euro zu verdoppeln.

Biosimilars leisten daher einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt einer modernen Arzneimittelversorgung, indem sie helfen, den Anteil der Arzneimittelausgaben im Gesundheitssystem stabil zu halten und somit Mittel für innovative Therapien und den medizinischen Fortschritt frei zu machen. Sie sichern somit einen breiteren Zugang zu innovativen Therapieoptionen für mehr Patientinnen und Patienten. Das bedeutet, dass überall dort, wo Biosimilars verordnet werden können, diese im Sinne eines optimalen Ressourceneinsatzes des Systems auch verordnet werden sollen.

Allerdings werden erst 23 Prozent des biosimilarsfähigen Marktes in Österreich ausgeschöpft; eine positive Stellungnahme der AGES aus 2017 zu Switch bzw. Neueinstellung auf Biosimilars unter ärztlicher Beobachtung ist 74 Prozent der Medizinerinnen und Mediziner einer rezenten Befragung unbekannt.

Um diese Situation zu verbessern muss der Informationsmangel von Ärztinnen und Ärzten ausgeglichen werden: Ärztinnen und Ärzte zeigen zwar Vertrauen in die behördliche Zulassung und sehen die Vorteile von Biosimilars in der Versorgung und Kostenreduktion, jedoch herrschen eine gewisse Unsicherheit und ein Mangel an Information in diesem Bereich. Umfragen belegen, dass 50 Prozent der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner Zweifel an der Gleichwertigkeit von Biosimilars dem Originalpräparat gegenüber haben. Diesen Informationsmangel gilt es mithilfe aller Stakeholder des Gesundheitssystems auszugleichen, um die Einsparungspotenziale, die Biosimilars bieten, zu realisieren.

### Empfehlungen

- Effizienter Umgang mit den Versicherungsbeiträgen ist eine ethisch-moralische Verpflichtung der Sozialversicherungsträger; eine möglichst breite Anwendung von Biosimilars entspricht diesem Ziel und soll daher gefördert werden.
- Breite Informationskampagnen über den ökonomischen Nutzen und den wissenschaftlichen Hintergrund von Biosimilars sollten durch die Sozialversicherungsträger durchgeführt werden:
  - Beispiele von Einsparungspotenzialen durch den Einsatz von Biosimilars für die Sozialversicherungsträger sollen an die Verschreiber kommuniziert werden.
  - Es muss allen Menschen in Gesundheitsberufen und allen relevanten Stakeholdern, wie Apothekerinnen und Apothekern, Medizinerinnen und Medizinern, Pflegekräften und den pharmazeutischen Vertreterinnen und Vertretern, der wissenschaftliche Konsens über die Gleichwertigkeit von Biosimilars vertrauter gemacht werden.
- Die Biosimilarsverordnung sollte durch die Sozialversicherungsträger durch regelmäßige Information über Biosimilars und begleitende Kommunikation über die positiven ökonomischen Effekte durch Verordnung von Biosimilars unterstützt werden.

## DR. ANDREAS WINDISCHBAUER

### PRÄSIDENT DES VERBANDS DER ÖSTERREICHISCHEN ARZNEIMITTELVOLLGROSSHÄNDLER PHAGO

Die PHAGO als Verband der österreichischen Arzneimittelvollgroßhändler sieht sich als Rückgrat der österreichischen Arzneimittelversorgung. Sie übernimmt die logistischen Aufgaben zwischen pharmazeutischen Herstellern auf der einen und den Apotheken als Einzelhandelsbetrieb auf der anderen Seite. Der PHAGO ist es möglich, innerhalb von zwei Stunden an jeden Ort Österreichs Medikamente zu liefern.

### Versorgung

Das Versorgungssystem ist gut, flächendeckend und bietet einen sehr leichten Zugang für die/den Patientin/Patienten in ganz Österreich. Aufgrund der Konzentration der Produktion ist die Logistikkette jedoch dramatisch anfällig geworden. Fertigungsstätten für Grund- und Rohstoffe sind aus Europa abgewandert und die Transparenz in der Arzneimittelversorgungskette der Hersteller ist gering. Das macht die heimische Versorgungskette deutlich empfindlicher. Außerdem nehmen viele Arzneimittelhersteller keine vollsortierten pharmazeutischen Großhändler mehr in Anspruch, sondern liefern ihre (meist teuren) Produkte direkt an die Apotheken (Direct to Pharmacy). Damit entsteht die Situation, dass nur noch die Vorräte des Herstellers und der Apotheke bzw. des Krankenhauses im Land vorhanden sind. Der wichtige Lagervorrat und die Pufferfunktion des Großhandels gehen verloren und der Großhandel kann seine Aufgabe, ein Gebiet mit allen Arzneimitteln zu versorgen, nicht mehr erfüllen. Diese Entwicklung ist für die/den Patientin/Patienten nicht vorteilhaft, weil einerseits der Sicherheitspolster abnimmt und andererseits die Liefergeschwindigkeit zur Apotheke und somit zu der Patientin bzw. zum Patienten langsamer ist als über den Großhandel.

Die Situation, dass die Industrie den Großhandel davon ausschließt, Produkte beziehen zu dürfen, ist eine Aushöhlung der Funktion des vollständig pharmazeutischen Großhandels und damit auch für den Patienten keine gute Lösung.

Die Abstimmung zwischen den Herstellern und den pharmazeutischen Großhändlern ist an und für sich gut. Jeder ist an einer kontinuierlichen Versorgung interessiert. Jedoch ist es schwierig, den konkreten Bedarf von Präparaten zu prognostizieren. Wenn ein Hersteller Probleme hat, ist es für die anderen Hersteller meist zu spät, die Produktion

für den Wirkstoff hochzufahren. Diese Abhängigkeiten in der Kette führen dazu, dass die Abschätzung des Inlandsbedarfes eine große Herausforderung für alle Beteiligten geworden ist. Die frühzeitige Information des Herstellers an die Gesundheitsanbieter ist eklatant wichtig. Denn: Die sehr knappen Kontingente der Pharmahersteller für das Niedrigpreisland Österreich führen zu einer Verschärfung der Verteilungspolitik hierzulande. Die PHAGO als vollsortierter Großhandel muss darauf achten, dass die/der Patientin/Patient zu seinem Präparat kommt, egal wo er lebt.

Der aktuell vorliegende Entwurf einer Engpass-Liste ist nicht zufriedenstellend, weil damit die Pharmahersteller allein definieren, was ein Engpass-Medikament ist und wann kein Engpass mehr herrscht. Das ist nicht ausreichend. Denn eine Verantwortung zur Lieferfähigkeit braucht mehr Sicherheiten. Die Hersteller müssten dann auch mehr in die Versorgungssicherheit investieren. Auf eine Fertigungsstätte alleine zu verweisen, ist zu wenig, wie die Lieferengpass-Beispiele zuletzt gezeigt haben. Als vollsortierter Arzneimittel-Großhandel haben alle unsere Mitgliedsbetriebe mehrere Sicherheitsnetze und österreichweit 23 Lagerstandorte. Damit kann nur die PHAGO Österreich fast vier Wochen versorgen.

### Preise und Handel

Die Indexierung von Arzneimittelpreisen bzw. das Indexieren der Spannenverordnung ist seit 2002 unverändert. Die Preisunterschiede innerhalb Europas sind hoch. Österreich ist dabei ein sehr günstiges Land für Arzneimittel, (außer für neue, spezielle Therapien wie z. B. in der Onkologie). Von 140 Millionen Packungen, die über die Krankenkassen verrechnet werden, liegt die Großhandelsvergütung bei 70 Millionen unter den Kosten der Briefmarke eines Standardbriefs, und das mit strengsten Regularien und hohen logistischen Aufwänden. Dass dies nicht kostendeckend ist, liegt auf der Hand. Der Stellenwert der Großhändler wird hierbei unterminiert. Deshalb muss der Wert der Infrastrukturfunktion dahinter aufgezeigt werden und klar gemacht werden, dass die Großhändler für eine Versorgung Österreichs mit Arzneimitteln unerlässlich sind.<sup>12</sup>

Die PHAGO-Mitgliedsunternehmen haben den klaren Grundsatz, dass die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Arzneimitteln immer Vorrang gegenüber den Marktchancen in anderen Ländern hat. Primär muss die Versorgung jeder/jedes inländischen Patientin/Patienten sichergestellt sein.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass der Parallelhandel nicht schuld an möglichen Versorgungsengpässen ist. In seinem aktuellen Prüfbericht führt der Rechnungshof allen voran die Auslagerung der Wirkstoffproduktion in nicht europäische Länder mit damit häufig verbundenen Qualitätsproblemen, vermehrte Unternehmenszusammenschlüsse und dadurch Konzentration auf immer weniger Produktionsstätten, weltweit zunehmend höhere Verbräuche und dadurch Verknappung von Rohmaterialien als Ursachen für Lieferengpässe an. Der Parallelhandel ist ein Arbitrage-Geschäft und beeinträchtigt nicht die Versorgungssicherheit in Österreich. Und damit wird ein Exportverbot, wie gerade in Diskussion, keine spürbar bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten bringen. Das zeigen die Beispiele aus anderen Ländern.

## Empfehlungen

Eine faire Vergütung für die Leistung des Arzneimittel-Vollgroßhandels. Dazu braucht die PHAGO dringend eine bedarfsgerechte Belieferung durch die Industrie, um unseren Versorgungsauftrag wahrnehmen zu können. Im Falle eines gesetzlichen Exportverbotes muss es auch ein Bezugsrecht des Großhandels für alle Präparate, wie in Deutschland geben. Das bietet zusätzliche Versorgungssicherheit durch 23 Standorte der PHAGO in ganz Österreich. Das ist in Zeiten von Lieferengpässen ganz wichtig. Außerdem wäre es sinnvoll, für spezifische Indikationsgruppen eine Art Notfall-Lager einzurichten, um den Bestand für nicht substituierbare Arzneimittel (z. B. Psychopharmaka, Antibiotika) zu erhöhen. Auch der Hersteller sollte mehr Vorräte im Land haben. Diese Finanzierung sollte der Staat mittragen.

<sup>12</sup> PARALLELHANDEL = Arzneimittel haben in Europa zum Teil unterschiedliche Preise. Das macht es für Parallelhändler attraktiv, Produkte in einem Land günstig einzukaufen und zu höheren Preisen im Ausland weiterzuverkaufen. Parallelhändler haben sich auf dieses Geschäft spezialisiert und sind von den Herstellern der Medikamente unabhängig. Die Preisunterschiede bei innovativen Arzneimitteln sind häufig das Ergebnis national unterschiedlicher Gesundheitssysteme mit ihren verschiedenen Regelungen zur Erstattung durch die Krankenkassen. <https://www.vfa.de/de/wirtschaft-politik/abgesundheitspolitik/parallelexport-schnell-erklart.html>



Es ist wichtig, dass man bestehende Strukturen stärkt und nicht versucht, Parallelstrukturen aufzubauen, die bestehende Infrastrukturen untergraben.

Das Nutzen der bestehenden Struktur der Vollgroßhändler ist der günstigste und effizienteste Weg.

## DI DR. CHRISTA WIRTHUMER-HOCHE

### LEITERIN DES GESCHÄFTSFELDES MEDIZINMARKTAUFSICHT DER ÖSTERREICHISCHEN AGENTUR FÜR GESUNDHEIT UND ERNÄHRUNGSSICHERHEIT

#### Versorgung mit Arzneimitteln

Grundvoraussetzung für die Versorgung der Bevölkerung in Österreich mit Arzneimitteln ist, dass jeweils der Bedarf der Patientinnen und Patienten an einem bestimmten Produkt seitens der Hersteller korrekt berechnet wird und das Land mit entsprechender Menge an Arzneimitteln versorgt wird. Diese Menge sollte von der Industrie zur Verfügung gestellt werden und für die österreichische Bevölkerung im Land bleiben.

Marktanteile der Arzneimittelhersteller können durch Datenprovider (käuflich) erfasst werden, die Industrie weiß dann, wo sie sich mit ihren Marktanteilen einpendeln muss. Ein Problem entsteht dann, wenn es zu einer Vertriebs-einschränkung eines Herstellers kommt, der einen sehr hohen Marktanteil hat, diesen können die anderen Hersteller durch eine gesteigerte Produktion alleine nicht ausgleichen. Bei einem Hersteller mit geringem Marktanteil gibt es weniger Probleme, da diese Versorgungsgengpässe üblicherweise ausgeglichen werden können.

Eine Sicherstellung der Produktion von Wirkstoffen und Hilfsstoffen (= Verfügbarkeit der Ausgangsmaterialien) ist erforderlich. Problematisch wird es, wenn die Industrie die Produktion immer effizienter und kostengünstiger machen will und sie deswegen ins Ausland outgesourct wird und es dort in Folge oft nur noch einen Wirkstoffhersteller gibt. Wenn es bei diesem nun zu einer Vertriebs-einschränkung kommt, gibt es keine Ausgangsmaterialien mehr und somit auch keine Arzneien.

Deshalb wäre eine konkrete Forderung des BASG, dass Pharmakonzerne mindestens zwei Hersteller bekannt geben müssen, bevor ein Arzneimittel zugelassen wird, so kann ein Hersteller weiterproduzieren, wenn der andere ausfällt bzw. Produktionsprobleme hat.

Große Pharmafirmen haben oft die ökonomische Überlegung, dass sie nur noch an innovativen und umsatzstarken Produkten forschen wollen und alte Produkte, die sie vor Jahrzehnten entwickelt haben, aus ihrem Sortiment nehmen. Wenn eine kleinere Firma dieses Arzneimittel kauft, muss dennoch sichergestellt sein, dass qualitätskonform gearbeitet wird und nicht nur billigst hergestellt und outgesourct wird. Distributionswege werden immer komplexer und es gibt immer mehr Zwischenhändler, weil die Produktionsschritte global verteilt werden und jeder einen Teil mitverdienen möchte, bei den derzeit billigen Preisen ein schwieriges und dennoch kaum verhinderbares Unterfangen. Die wirtschaftlichen, internen und strukturellen Überlegungen der Firmen sowie die Produktionsprobleme sind die großen Cluster an Ursachen der Versorgungsproblematik. Wichtig ist, dass die Prozesse transparenter werden.

Es muss gewährleistet sein, dass ein qualitativ hochwertiges Managementsystem bei der Herstellung von Arzneimitteln vorhanden ist und der Preis nicht der Qualität schadet. Das Prinzip, dass der Preis eines Produktes immer nur noch billiger wird, funktioniert nicht, denn auch wenn ein Produkt schon länger auf dem Markt ist, sind zusätzliche teure regulatorische Anforderungen für alle Produkte hinzugekommen. Preispolitik ist Sache des Dachverbandes, aber es ist seitens des BASG erstrebenswert, dass Firmen diese (europäischen) Anforderungen auch erfüllen können, um qualitativ hochwertige Produkte zu produzieren. Die Problematik hat sich dahingehend entwickelt, dass manche Geschäftsmodelle nicht mehr förderlich für die Patientenversorgung im Land sind. Eine Frage, die sich stellt, ist: „Do we meet the patients need?“ Oder ist das System schon in einer Phase, wo es sich nur noch überreguliert? Ist es wirklich im Interesse des Patienten? Denn was haben die Patienten von einem Produkt, das überreguliert, aber nicht mehr verfügbar ist?

Der Handel mit Medikamenten auf Kosten der Patienten ist abzulehnen, auch wenn in Europa freier Warenverkehr herrscht. Die zuständige Europäische Kommission argumentiert damit, dass der Parallelhandel nicht nur Probleme schafft, sondern sie auch löst. Die Idee, es könnte z. B. ein Händler aus den Niederlanden Produkte nach



Griechenland exportieren, ist zwar interessant, jedoch passiert dies nur selten. Dennoch wäre es falsch, nur den Parallelhandel als Grund für die Versorgungsproblematik zu nennen, denn es handelt sich vielmehr um ein Bündel an Teilproblematiken. Viele Länder sind von den Lieferengpässen betroffen und jedes Land überlegt individuell, wie der Problematik entgegengewirkt werden kann, dabei fehlt die Transparenz. Die Länder sollten sich austauschen und offen sein, sodass innerhalb Europas harmonisiert vorgegangen werden kann und gemeinsame Maßnahmen gesetzt werden können.

Die fehlende Transparenz und die fehlende Meldepflicht führen derzeit dazu, dass es den Behörden nicht immer bekannt ist, bei welchen Wirkstoffen es Probleme gibt. Deshalb ist wichtig, dass Firmen unmittelbar Engpässe melden.

Derzeit ist es die Aufgabe des BASG, das Ausmaß der Vertriebseinschränkung zu ermitteln und diese Information an beteiligte Akteure zu kommunizieren, was nur geschehen kann, wenn die Firmen die Vertriebseinschränkung melden.

Sinnvoll wäre ein digitales System, aus dem hervorgeht, wie viele Packungen eines Produktes im Umlauf bzw. vorhanden sind. Jede Packung ist gegenwärtig mit einem eigenen Strichcode versehen, sodass man jede Packung identifizieren kann (Sicherheitsmerkmal), die Hersteller scannen diesen ein und die Apotheker scannen ihn bei Vergabe wieder aus und identifizieren so die originale Packung. Das System wurde End-to-End aufgebaut. Die Grundidee ist, dass man beweisen kann, dass es ein originales Medikament ist, leider bekommt man aus dem System keine Informationen, wie viel von einer Ware wo vorhanden ist. Welcher Report aus diesem System noch auswertbar wäre, ist derzeit unklar, es wäre jedenfalls wünschenswert, mehr Daten daraus erheben zu können.

### Medizinprodukte

Ab Mai 2020 tritt eine neue EU-Gesetzgebung für Medizinprodukte in Kraft, bei deren Implementierung es voraussichtlich einige Probleme geben wird, beispielsweise bei der Forderung, dass bei Risikoprodukten vermehrt klinische Daten vorgelegt werden müssen. Die Überprüfung wird von „notified Bodies“ (private Institutionen, die die Konformität der Medizinprodukte prüfen und ein Gutachten erstellen) durchgeführt und nicht von Behörden. Im Rahmen der Implementierung werden auch neue, vernetzte IT-Systeme innerhalb Europas etabliert, was eine komplexe Angelegenheit darstellt.

Eine gute Entwicklung ist, dass mit der neuen EU-Kommission die Bereiche der Medizinprodukte wieder gemeinsam mit den Arzneimitteln in der GD SANTE geführt werden. Die Vielfältigkeit der Medizinprodukte ist sehr hoch und es kommen auch immer wieder neue Produktkategorien hinzu, Stichwort: Medical Apps.

Durch die Fortschritte in der Medizin und Pharmakotherapie werden sich die Grenzen zwischen klassischen Arzneimitteln und Medizinprodukten annähern und im Rahmen von sogenannten „Companion Diagnostics“ und zunehmenden ATMPs (Advanced Therapy Medicinal Products) zahlreiche neue Therapien und hoffentlich auch Heilungsoptionen schaffen. Diese Innovationen sind Fortschritt und Herausforderung zugleich und Österreich muss diesbezüglich am Ball bleiben.

Es ist sicher, dass es zu einem Umdenken kommen muss, wie Daten vor, während und nach dem Zulassungsprozess ausgewertet werden. Bei klinischen Prüfungen können demnächst Real-World-Daten (RWD) eingesetzt werden. Österreich muss auch festlegen, wie in den Behörden mit solchen Daten umgegangen wird. RWD-Analysen der Firmen müssen überprüfbar gemacht werden. Auch die Anforderungsprofile an die Mitarbeiter der Behörden werden sich diesbezüglich in Zukunft ändern, es bedarf deshalb einer großen Entwicklung und spezifischer Ausbildung.

## Empfehlungen

- Sicherstellung des Bedarfs an Arzneimitteln in Abstimmung mit den EU-Ländern.
- Mehr Transparenz in der Produktions- und Versorgungskette.
- System zum Einblick in die Daten, um zu erheben, wie viele Medikamente wo zur Verfügung stehen.
- Meldepflicht von Versorgungsengpässen der Pharmakonzerne einführen und kontrollieren.
- Überregulierungen vermeiden – der Nutzen für die Patientin und den Patienten muss im Vordergrund stehen.
- Festlegen, wie mit Real-World-Daten umgegangen werden muss.
- Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf Digitalisierung und Big Data.

# Quellenverzeichnis

## Fachartikel

- *Österreichische Diabetes Gesellschaft*: Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis. In: Wiener klinische Wochenschrift, 131. Jahrgang, Springer-Verlag Wien 2019.

## Positionspapiere

- Initiative Wund?Gesund!
- PHAGO
- PolitischeKinderMedizin

## Pressemeldungen

- *Blumencron, Britta*: Arzneimittel im Wert von 860 Millionen Euro nicht im Sicherheitsnetz enthalten, Phago, OTS Presseausendung vom 07.08.2020.
- *Edel, Rainald*: PRAEVENIRE: Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung müssen verbessert werden, um sinnvolle Versorgungsziele zu erreichen, OTS Presseausendung der PRAEVENIRE Initiative 2030 vom 27.03.2020.
- *Fiegl, Jutta*: Psychotherapie: Es ist Zeit für strukturelle Reformen, OTS Presseausendung vom 02.06.2020.
- *Kern, Sigrid*: Diabetes im Alter, OTS Presseausendung vom 12.11.2019
- *Leitner, Michael*: Weltdiabetestag 2019: Prävention und Prävalenz brauchen Politik, OTS Presseausendung vom 06.11.2019.
- *Österreichische Diabetes Gesellschaft*: Diabetespolitik mit Strategie und Programm, OTS Presseausendung vom 13.01.2020.
- *Pissarek, Anna H.*: Es geht voran! Erfreuliche Entwicklungen im Hospiz- und Palliativbereich in Österreich, OTS Presseausendung vom 04.07.2019.
- *Pissarek, Anna H.*: Welthospiztag 2019: Das Recht auf Hospiz- und Palliativversorgung, OTS Presseausendung vom 10.10.2019.
- *TV-Wartezimmer*: Welt-COPD-Tag am 20.11.: Patientenfilm klärt auf, Pressemitteilung, November 2019.
- *Urban, Barbara; Schenk, Harald*: Lungenkrebs-Screening: Statement der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie und der Österreichischen Röntgengesellschaft, OTS Presseausendung vom 07.02.2020.
- *VÖPP: Schritt in richtige Richtung*: 20.000 zusätzliche Psychotherapie-Plätze, OTS Presseausendung des Vereins für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vom 29.06.2020.

## Sonstige Quellen

- *AMG*: Arzneimittelgesetz § 52b Bereitstellung von Arzneimitteln, Deutschland.
- *Danish Health Circle*: Management Summary des ExpertInnengesprächs in Kooperation mit PRAEVENIRE und der Tageszeitung DiePresse, 25.02.2020.
- *Psczolla, Matthias; Kladny, Bernd; Flechtenmacher, Johannes; Hoffmann, Reinhard; Dreinhöfer, Karsten (ed.)*: Weißbuch: Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie, Walter de Gruyter, Berlin/Boston 2017.
- *Schwabe, Ulrich (ed.); Paffrath, Dieter; Ludwig, Wolf-Dieter; Klauber, Jürgen*: Arzneiverordnungsreport Deutschland 2019, S. 329.
- *Urban, Barbara; Schenk, Harald*: Lungenkrebs-Screening: Statement der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie und der Österreichischen Röntgengesellschaft, OTS Presseausendung vom 07.02.2020.
- *Weltermann, Ansgar*: Die Zeichen der Zeit stehen auf..., Präsentation Podiumsdiskussion/Apothekerkammer Sommergespräch, Tumorzentrum, OÖ Gesundheitsholding – Ordensklinikum Linz – KH Ried, 2019.
- *Wimmer-Puchinger, Beate; Kronberger, Marion; Wolf, Hilde; Petition*: Bereits 20.000 Menschen für eine bessere psychische Versorgung in Österreich, 2020.

## Studie

- *Moorkens E, Vulto AG, Huys I, Dylst P, Godman B, Keuerleber S, et al.*: Policies for biosimilar uptake in Europe: An overview. PLoS ONE 12(12): e0190147, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190147>

## Website

- *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen*: Gesundheitsziele Österreich, 2017 und Kurzfassung 2018: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at>

## Zeitungs- und Zeitschriftartikel

- *AOK*: Sparen mit günstigen Arzneimitteln, AOK-Mediendienst, März 2007.
- *Edel, Rainald*: Notwendige Maßnahmen, um Versorgungsziele effizient zu erreichen. In: PERISKOP 93, Seite 30.
- *N.N.*: The chronic disease epidemic facing Europe. In: Health Europa Quarterly Issue 09, 2019.
- *PRAEVENIRE*: Für die Stärkung der Versorgung. Was muss getan werden, um insbesondere die Versorgung bei chronischen Erkrankungen zu verbessern? Experten antworten. In: DiePresse vom 09.04.2020, Seite 14.
- *Scherber, Laura*: Individuell therapieren. In: Österreichische Ärztezeitung 3 vom 10.02.2020, Seite 34.

# Mitwirkende Expertinnen und Experten

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. pharm. Monika Aichberger**  
Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Oberösterreich der Österreichischen Apothekerkammer
- **Dr. Wolfgang Andiel**  
Präsident des Österreichischen Generikaverbandes
- **Dr. Gerald Bachinger**  
Patientenanwalt Niederösterreich und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- **Dr. Alexander Biach**  
Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Binder**  
Medizinischer Direktor des Wiener Gesundheitsverbundes
- **Dr. Thomas Czypionka**  
Head of IHS Health Economics and Health Policy
- **Mag. pharm. Dr. Alexander Hartl**  
Delegierter des Österreichischen Apothekerverbandes
- **Irmgard Himmelbauer, MSc**  
Vorstandsmitglied des Vereines PolitischeKinderMedizin
- **HR Dr. Thomas Holzgruber**  
Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Wien
- **Andreas Huss, MBA**  
Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Mag. Martina Laschet**  
Initiative Wund?Gesund!
- **Mag. Philipp Lindinger**  
Initiative Wund?Gesund!
- **Dr. Sabine Möritz-Kaisergruber**  
Präsidentin des Biosimilarsverbandes Österreich
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**  
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres**  
Präsident der Ärztekammer für Wien
- **Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger**  
Vizepräsident des Österreichischen Apothekerverbandes
- **Dr. Monika Vögele**  
Generalsekretärin des Verbandes der österreichischen Arzneimittel-Vollgroßhändler PHAGO
- **Mag. Manfred Vogl**  
Geschäftsführer der VAMED Care
- **Dr. Andreas Windischbauer**  
Präsident des Verbands der österreichischen Arzneimittel-Vollgroßhändler PHAGO
- **DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche**  
Leiterin des Geschäftsfeldes Medizinmarktaufsicht der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Versorgungs- und Gesundheitsziele



Weißbuch Version 2020  
PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

---

**NACHDENKEN.  
UMSETZEN.  
JETZT!**

---

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG  
Handlungsempfehlungen für die Politik