

## Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz

## „...oder inhaltsgleiche Präparate...“

Konsequenzen  
der Entlassungsmedikation

Häufig steht der niedergelassene Kollege vor dem Problem: Der Medikationsempfehlung aus der Klinik fehlen Hinweise auf preisgünstigere Alternativen. Der Konflikt ist vorprogrammiert – und unnötig!

Über 90 Prozent aller Erkrankungen des Menschen werden mit Medikamenten behandelt. Daher enthält der Arztbrief, mit dem die Klinik den Vertragsarzt über den stationären Aufenthalt seines Patienten informiert, neben Untersuchungen und Diagnosen in der Regel auch Empfehlungen zur Fortführung einer in der Klinik begonnenen medikamentösen Therapie.

Der Kostendruck in der Praxis ist groß. Auch der 2002 von der Bundesgesundheitsministerin so nachdrücklich verkündete Wegfall der direkten Arzneimittelbudgetierung hat nichts an der grundsätzlichen Ausgabenbedeckung geändert. Bei Budgetüberschreitung droht Regress. Die Arzneimittel machen einen wesentlichen Teil der typischen Praxisausgaben aus. Demzufolge ist das Bestreben nach einer rational begründeten, aber auch ökonomischen Arzneimitteltherapie beim Niedergelassenen deutlicher ausgeprägt als bei seinen klinischen Kollegen, die oft nicht oder nur unzureichend über die Medikamentenkosten informiert sind.

Das Umstellen auf Generika ist ein probates Mittel, um bei gleichbleibender Therapiequalität Kosten einzusparen. Das Arzneimittelgesetz formuliert präzise Bedingungen, die die pharmakologische Gleichwertigkeit mit dem Originalpräparat sichern. Regelmäßige Kontrollen und vom Hersteller jahrelang aufzubewahrende Rückstellungsmuster sorgen dafür, dass die Anforderungen konstant erfüllt werden. Leider ist jedoch die irrende Meinung verbreitet, dass preisgünstigere Präparate schlechter sein könn-

ten als teure. Beispielsweise existiert bei den HMG-CoA-Inhibitoren („Statine“) die breiteste Datenlage ausgerechnet für den günstigsten, weil patentfreien und damit generisch erhältlichen Vertreter. Auch mit Analoga aus derselben Wirkstoffgruppe (z. B. Beta-Blocker, ACE-Inhibitoren, Calcium-Antagonisten) lassen sich ohne Verlust an therapeutischer Qualität Ressourcen einsparen. Dies gilt um so mehr für neue Präparate, deren Vorteile für den Patienten in der Gesamtbewertung nur marginal sind, z. B. COX2-Inhibitoren.

Die Fälle, in denen aus therapeutischen Gründen nicht auf ein bestimmtes Originalpräparat verzichtet werden kann, z. B. allergische Reaktionen auf Hilfssubstanzen, Unverträglichkeitsreaktionen oder andere Patientencharakteristika, sind selten. Alltäglich dagegen ist die Fixierung des Patienten: „...nur die kleinen roten Tabletten helfen“. Der Überzeugungsaufwand, einen Patienten für einen Wechsel zu einem generischen oder analogen Präparat zu gewinnen, ließe sich erheblich verringern,

würde im Entlassbrief auf die Existenz gleichwertiger Alternativen hingewiesen, wie vom Gesetz (SGB V, Art. 1 § 115c) und in den Bremer Kliniken durch entsprechende Direktionsbeschlüsse gefordert.

Wurde diese Regelung anfangs recht gut befolgt, häufen sich in letzter Zeit Beschwerden über ihre Nichtbeachtung. An zwei Auszügen aus aktuellen Entlassbriefen sei gezeigt, welche Kostenkonsequenzen dies haben kann. Im ersten Fall belaufen sich die Tagestherapiekosten der bei Entlassung empfohlenen Medikamente – Lasix®, Moduretik®, Delix®10, Modip®5, Belloc®Zok95, ASS100, Lantus®, Insulin Rapid – auf ca. 5.00 €. Durch Umstellung auf Generika und analoge Präparate ohne jeden Verlust der therapeutischen Qualität ließen sich diese Kosten auf 3.20 € reduzieren. Mündlich wurde dem Patienten geraten, seine Medikation keinesfalls auf Generika umstellen zu lassen, weil er sonst umgehend wieder stationär aufgenommen werden müsste. Im zweiten Fall – ein Patient ohne jede stattgehabte schwere gastrointestinale Komplikation seiner chronischen Schmerztherapie – würden sich die Tagestherapiekosten bei Umstellung der empfohlenen Entlassmedikation (Rofecoxib®, Ramipril, HCT) von 2.60 € auf 0.60 € verringern lassen. Kein Zweifel: Führen individuelle Gründe zu einer spezifischen Präparatewahl, soll dieses im Entlassungsbrief so angegeben werden. In diesem Fall darf der niedergelassene Arzt aber eine differenzierte Begründung erwarten. Eine kommentarlose Empfehlung von Präparaten ohne den Hinweis auf therapeutische Alternativen dagegen widerspricht den geltenden rechtlichen Regelungen – und ist dazu unkollegial. 

#### Auszug aus dem SGB V, Art. 1 § 115c (Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz)

„... Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Verordnung von Arzneimitteln erforderlich, hat das Krankenhaus dem weiterbehandelnden Vertragsarzt die Therapievorschläge unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. Falls preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind, ist mindestens ein preisgünstigerer Therapievorschlag anzugeben. Abweichungen in den Fällen der Sätze 1 und 2 sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig.“...

Isabel Püntmann, Prof. Dr. Bernd Mühlbauer  
Institut für Klinische Pharmakologie  
ZKH St- Jürgen-Straße, Bremen