

Ökonomie in der Praxis

2_2009

■ Serviceblatt für Behandlungsökonomie

Qualitätszirkel
„Heilmittel-
ökonomie“ 2

„In aller Munde“:
Säurehemmer und-
Nahrungsmittel-
allergie 3

Wirksamkeits-
verlust von
Plavix durch PPI 5

Blick über
die Grenzen
Teil 3 –
Slowakei 6

Das Öko-Eck:
Venlafaxin 12



Qualitätszirkel „Heilmittelökonomie“

„Heilmittelverordnung unter Berücksichtigung von Qualität und Ökonomie“ – ein immer aktuelles Thema. Hier die Theorie, dort die Praxis – wie ist das umsetzbar? Daraus ist im Arznedialog die Idee entstanden, das Wissen und die Erfahrungen von niedergelassenen ÄrztInnen zu dieser Thematik zu sammeln.

Zu diesem Zweck wurde am 31.3.09 von der OÖGKK ein Qualitätszirkel „Heilmittelökonomie“ organisiert. Eingeladen wurden niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin aus verschiedenen Bezirken, die seit Jahren mit Erfolg Qualität und Ökonomie in ihre Heilmittelverordnungen einbeziehen. Das Interesse und die beiderseitigen Erwartungen waren groß.



Gibt es sie nun, die Patentrezepte, Tipps und Tricks?

Der Abend unter Teilnahme von elf engagierten ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und zwei Ärztinnen seitens der OÖGKK erbrachte spannende aber nicht unerwartete Ergebnisse.

Grundlegendes Fazit: Das individuelle Wertebild, die Einstellung und eine kritisch hinterfragende Geisteshaltung prägen das ärztliche Handeln und in diesem Zusammenhang auch den sorgsamsten Umgang mit vorhandenen Ressourcen. Wer von etwas überzeugt ist, lebt diese Überzeugung und kann sie auch erfolgreich weitervermitteln. Dabei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass es im Einzelfall spezielle Praxisbesonderheiten oder regionale Besonderheiten gibt, die das ärztliche Handeln trotz Überzeugung erschweren können.

Somit sind die praktischen Lösungsansätze erst der zweite Schritt und können wie immer keinesfalls als Patentrezept für alle und alles gelten.

Es kristallisierten sich aber dennoch einige Tipps heraus, die sich im Praxisalltag bewährt haben:

- bei Dauermedikation wird eine laufend adaptierte Medikamentenliste mit Diagnose und Dosierung geführt, die zu jedem ärztlichen Kontakt bzw. ins Krankenhaus mitgenommen wird.
- die PatientInnenapotheke wird berücksichtigt: die PatientInnen führen unter Begleitung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes eine laufend aktualisierte Liste über verordnete und nicht aufgebrauchte oder ohne Rezept gekaufte Medikamente. Diese Liste wird ebenfalls zu jedem ärztlichen Kontakt mitgebracht.
- der Einsatz von Generika wird positiv formuliert.
- der Wert von Medikamenten wird vermittelt.
- heilmitteleretzende Maßnahmen werden genutzt.
- der Krankenhaus Entlassungsbrief wird genutzt: bei Ersatz eines Originalpräparates durch ein Generikum

oder bei zeitlicher Befristung einer Medikation durch die Hausärztin/den Hausarzt wird dies am Brief schriftlich vermerkt, der Patientin/dem Patienten erklärt und der Brief mitgeben.

- Dauermedikationen werden regelmäßig durchforstet.
- auch bei Dauermedikation wird jedes Rezept durch die Hausärztin/den Hausarzt vidiert.
- die Ordinationsgehilfinnen werden mit einbezogen, zum Beispiel zum Thema Generika: bei Wartezeit kann hier durch ein Gespräch bereits positiv darauf vorbereitet werden.

Daneben wurden auch Themen angesprochen, bei denen noch mehr Unterstützung seitens der OÖGKK gewünscht wird:

- Die PatientInnen sollen informiert werden: dies wird bereits in den einzelnen Leistungsbereichen umgesetzt und ist auch für die Zukunft ein wichtiges Handlungsfeld.
 - Die Kommunikation mit den Krankenhäusern soll durchgeführt werden: diese läuft bereits und wird ebenfalls fortgeführt.
 - In Altenheimen sollen Schulungen durch die Wundmanagerin der OÖGKK angeboten und durchgeführt werden, um hier die Wundversorgung zu optimieren.
- Eines zeigte sich an diesem Abend, ebenso wie auch bei den vielen Gesprächen der letzten Jahre: in Oberösterreich haben wir engagierte, motivierte, aber durchaus auch kritische niedergelassene ÄrztInnen, mit denen ein konstruktiver Dialog und damit eine gute wertschätzende Zusammenarbeit gelebt wird.
- OÖGKK, Behandlungsökonomie*

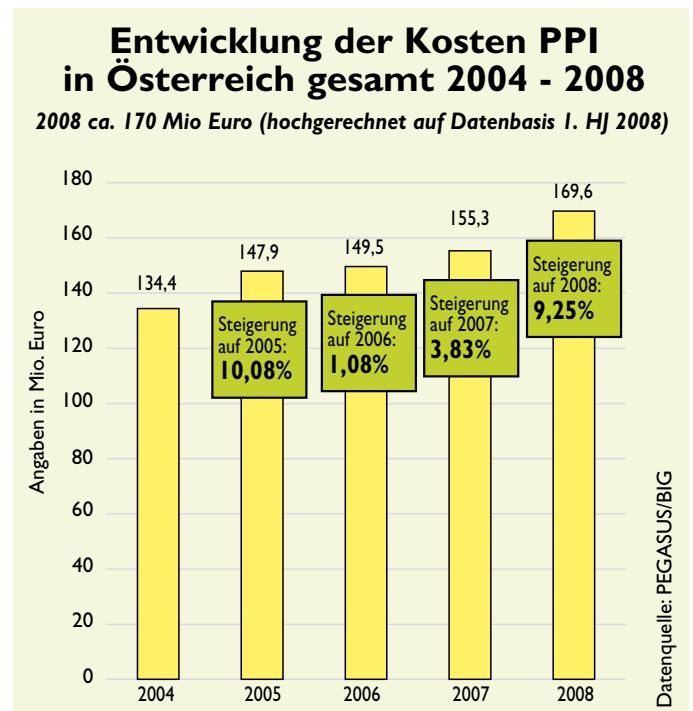
„In aller Munde“: Säurehemmer und Nahrungsmittelallergie

Die Gruppe der Protonenpumpenhemmer zählt zu den weltweit am häufigsten und nach allgemeiner Einschätzung auch zu den deutlich zu oft verordneten Medikamenten. Das weltweite Marktvolumen liegt bei etwa 14 Milliarden Euro (1), auch in Österreich zählen die PPI mit über 155 Millionen Euro im Jahr 2007 zur Gruppe der meistverordneten Medikamente.

Die steigenden Verordnungszahlen korrelieren nicht mit der Zunahme entsprechender Erkrankungen, ein für alle im Gesundheitswesen Verantwortlichen beunruhigender Trend. Eine entsprechende Arbeit mit Studienvergleichen dazu wurde im British Medical Journal vom Jänner 2008 unter dem Titel „Overprescribing PPIs“ publiziert (2).

Zu dieser Problematik wurden 2008 von der Kärntner Gebietskrankenkasse, gemeinsam mit der Kärntner Ärztekammer, mehrere Initiativen gestartet, wobei ein Schwerpunkt in der Publikation von Forschungsergebnissen österreichischer Wissenschaftler gesetzt wurde.

Frau Univ.-Prof. Jensen-Jarolim und ihr Team, allen voran Priv. Doz. DDr. Isabella Pali-Schöll und Priv. Doz. Dr. Eva Untersmayr-Elsenhuber vom Institut für Pathophysiologie an der Medizinischen Universität Wien (MUW) konnten in Ihren zahlreichen international publizierten Arbeiten zeigen, dass **routinemäßige Einnahme von Säureblockern** nachweislich das **Risiko steigert**, an einer **Nahrungsmittelallergie** zu erkranken. Durch die Einnahme von magen-



säurehemmenden Medikamenten erhöht sich der pH-Wert im Magen. Das Magenenzym Pepsin kann das mit der Nahrung aufgenommene Eiweiß nicht aufspalten. Unverdaute Proteine können leichter sensibilisieren und auch schon bei geringer Dosis Symptome auslösen. So werden einerseits die Neusensibilisierungen gefördert und andererseits bestehende Allergien schon bei geringeren Allergenmengen symptomatisch, als bei physiologischen Magen-pH-Werten. Die Folgen reichen vom lästigen Durchfall bis zum lebensbedrohlichen anaphylaktischen Schock.

Begonnen hatte alles mit einem Fallbeispiel eines Patienten mit Beluga-Kaviar-Allergie, der sich während einer Behandlung eines Magengeschwürs mit Ulcusterapeutika sensibilisiert hatte. Es folgten Tierstudien sowie eine Beobachtungsstudie an gastroenterologischen Patienten, die ein 15-prozentiges Risiko einer Sensibilisierung gegen Nahrungsproteine unter Therapie mit Magensäureblockern zeigten. Weitere Studien analysierten den genauen Mechanismus und es wurden auch andere Allergene wie Fisch und Haselnüsse in die Testserien einbezogen.

Für ihre Arbeiten wurde Univ.-Prof. Dr. Jensen-Jarolim und ihr Team bereits mit zahlreichen Preisen, darunter dem „Preis für Klinische Allergologie“ der Stiftung des Europäischen Zentrums für Allergieforschung, ausgezeichnet. 2008 schaffte es die Gruppe mit diesem Thema auf das Cover der Top- Zeitschrift für Allergologie (3).

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt liegt auf der **Einnahme** von Säurehemmern **in der Schwangerschaft** und dem **Anstieg von allergischen Diathesen bei Neugeborenen**. Das Team der MUW konnte in Tierstudien zeigen, dass die Einnahme von Medikamenten gegen Sodbrennen in der Schwangerschaft nicht nur die Sensibilisierung eines Muttertieres gegen bestimmte Nahrungsmittel, sowie auch die Allergieneigung der nächsten Generation begünstigt. In diesem Zusammenhang läuft an der MUW in Kooperation mit der Univ. Klinik für Gynäkologie eine klinische Studie an, die den Einfluss dieser Medikamente in der Schwangerschaft auf das Allergierisiko von Neugeborenen analysieren soll. Dass es einen Zusammenhang gibt und dieses Phänomen klinisch bedeutsam ist, wurde aktuell durch die Studie einer Gruppe aus Boston bestätigt (4).

Die Datenlage indiziert daher, dass die zweifelsfrei **hochwirksamen Protonenpumpenhemmer** nur **ärztlich verordnet, wirksam dosiert, streng indiziert** und bis auf wenige Ausnahmen **zeitlich befristet** eingenommen werden sollen. Die Befolgung einfacher Tipps zum Lifestyle aber

auch der Verzicht auf rohe Nahrungsmittel, sowie Nahrungsmittel mit bekanntem allergenem Potenzial während der PPI-Einnahme können der Allergieentstehung vorbeugen.

Abgesehen von den Erkenntnissen bei Nahrungsmittelallergien, zeigten schon in den letzten Jahren mehrere epidemiologische Studien, dass eine Langzeitbehandlung mit Protonenpumpenhemmern dosisabhängig zu Störungen im Knochenstoffwechsel und konsekutiv zu **osteoporotischen Frakturen** führen kann. Außerdem scheint das **Risiko für Darm- und Lungeninfektionen** durch bakterielle Besiedelung des oberen Gastrointestinaltraktes anzusteigen. Auch werden **interstitielle Nephritiden** im Zusammenhang mit einer PPI-Behandlung beobachtet.

Es steht außer Zweifel, dass PPI für bestimmte Erkrankungen einen außerordentlichen therapeutischen Vorteil bieten. Analysen der Verordnungszahlen zeigen jedoch, dass sich ein Teil der Therapie mit PPI verselbstständigt hat und von den geltenden Leitlinien abweicht.

Zur Gegenregulation dieses Trends wurde nun seitens der Kärntner Gebietskrankenkasse, der Ärztekammer für Kärnten, sowie der MUW ein Informationsfolder:

„Sodbrennen - Was Sie selbst dagegen tun können“ aufgelegt (abrufbar von der Homepage der KGKK: www.kgkk.at unter Aktuell/Medizinische Info/Säurehemmer und Nahrungsmittelallergie: Eine Entwicklung, die sauer aufstößt). Dieser enthält Tipps zur Modifikation des Lebensstils und zu diätetischen Maßnahmen wie:

- **Nikotinabstinenz, Kaffee- und Alkoholreduktion**
- **Gewichtsreduktion**
- **Schonkost: Verzicht auf rohe Nahrungsmittel während der PPI-Einnahme**
- **Mehrmals täglich kleine Portionen essen**

Literatur:

- 1 *Chicago Tribune* 16. August 2007 zitiert in *Der Arzneimittelbrief Jahrgang 42 Nr. 7*
- 2 *BMJ* 2008;336:2-3 (5 January)
- 3 *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* Volume 121, No. 6 June 2008
- 4 *Clinical and Experimental Allergy, Volume 39 Issue 2, 246-253 (February 2009)*

Red.

Wirksamkeitsverlust von Plavix durch PPI?

Die FDA informiert am 26.1.2009 auf ihrer Homepage, dass ein möglicher Wirkverlust von Clopidogrel durch die gleichzeitige Gabe eines PPI gegeben sein könnte und dass dieses Thema einer eingehenden Analyse unterzogen wird (http://www.fda.gov/cder/drug/early_comm/clopidogrel_bisulfate.htm, Zugang am 5.5.2009).



Die von der FDA zitierten Daten sind bislang widersprüchlich. Einerseits wird auf Ergebnisse von retrospektiven Kohortenstudien hingewiesen, die sowohl bei Patientinnen/Patienten nach akutem Koronarsyndrom als auch bei Herzinfarktpatientinnen/-en eine erhöhte Ereignisrate (akutes Koronarsyndrom+Tod bzw. Reinfarkt+Tod) bei gleichzeitiger Therapie mit Clopidogrel und PPI zeigen. Andererseits wird die als mögliche Ursache diskutierte Hemmung der Aktivierung von Clopidogrel in in-vitro-Untersuchungen nicht bestätigt.

Daraus wurde gleich die Hypothese aufgestellt, dass Substanzen wie Esomeprazol oder Pantoprazol, die nicht über das Isoenzym 2C19 abgebaut werden, zu bevorzugen sind. Dies steht allerdings in krassem Widerspruch zu neuen Daten eines amerikanischen Krankenversicherungsträgers. Die zusätzliche Gabe von Esomeprazol, Pantoprazol oder Omeprazol erhöht diesen zufolge um

- 50 Prozent das kombinierte Risiko von Krankenhauseinweisungen auf Grund von Herzattacken, Schlaganfall, instabiler AP und erneuter Revaskularisation
- 70 Prozent das Risiko einer Herzattacke (LEO) oder instabiler AP
- 48 Prozent das Risiko eines Schlaganfalls oder entsprechender Symptomatik
- 35 Prozent das Risiko einer erneut notwendigen Revaskularisation

(<http://cardiobrief.org/2009/05/06/scai-clopidogrelppi-wed-1130am>)
Zugang am 18.5.2009).

Die kritischen klinischen Daten zur Kombinationstherapie von Clopidogrel und PPI weisen unter anderem auf eine erhöhte Sterblichkeit hin, die auf einen Wirkverlust von Clopidogrel zurückgeführt wird.

Wie häufig ist die gleichzeitige Therapie von Clopidogrel mit einem PPI in Österreich?

Im untersuchten Kollektiv von 5.680 Neueinstellungen auf Clopidogrel hatten 75,8 Prozent im Analysenzeitraum von maximal 18 Monaten (Juli 2007 bis Dezember 2008) auch eine Begleittherapie mit einem PPI. 59,3 Prozent aller PatientInnen hatten bereits im Einstellungsmonat von Clopidogrel eine Begleittherapie mit einem PPI. Die Substanzverteilung der PPI spiegelt die Entlassungsmedikation des Krankenhauses wider, da die Einstellung auf Clopidogrel und vielfach auch auf die PPI-Begleittherapie intramural erfolgen.

Verteilung der einzelnen PPI im Untersuchungszeitraum

Omeprazol	8,5 %
Pantoprazol	41,6 %
Lansoprazol	12,5 %
Rabeprazol	2,0 %
Esomeprazol	8,3 %
mehrere PPI	27,2 %

Haben auch in Österreich die PatientInnen mit PPI-Therapie eine schlechtere Prognose? Mit einer Sterblichkeit von 8,0 Prozent im Analysenzeitraum von 18 Monaten schneidet die PPI-Begleittherapie schlechter ab als die Gruppe ohne PPI mit einer Sterblichkeit von 6,1 Prozent.

Diese Daten einer eher unscharfen Analyse sollten nicht überbewertet werden. Vielleicht haben ClopidogrelpatientInnen mit einer PPI-Begleittherapie ein primär höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Die aktuelle Diskussion zur Kombinationstherapie von Clopidogrel und einem PPI sollte jedenfalls dazu führen, die Indikationsstellung für den PPI kritisch zu stellen, „Magenschutz“ ist keine Indikation, und auch die H₂-Blocker als Alternativen sollten nicht in Vergessenheit geraten. *Red.*

Blick über die Grenzen

Teil III – Slowakei

Mag. Ingrid Wilbacher

Durch die Wende vom Sozialismus zum Kapitalismus ergaben sich für das slowakische Gesundheitssystem große Herausforderungen hinsichtlich Effizienz, Gerechtigkeit und Finanzierbarkeit.



2002 erreichte das zwar als gerecht propagierte, jedoch weiter durch informelle Zahlungen zu wirtschaftlichem Ungleichgewicht führende System seinen finanziellen Tiefpunkt. Die daraufhin initiierte Slowakische Gesundheitsreform hatte folgende Hauptziele:

- Eine Umweltsituation zu schaffen, welche die Menschen bei der Erhaltung ihrer Gesundheit unterstützt.
- Erreichen einer ausgeglichenen, gerechten Finanzierung für das Gesundheitssystem
- Steigerung der Flexibilität hin zu verändertem Bedarf
- Finanzielle Absicherung vor Existenz bedrohenden privaten Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsreform

Systematische Messungen

Der erste wesentliche Schritt der Reform war die Einführung systematischer Messungen. Während die jährliche Zahl an Arztkonsultationen in den OECD Ländern bei 5,6 lag, betrug sie in der Slowakei 9,2¹. Einer Schätzung des Slowakischen Gesundheitsministeriums zufolge wurden jährlich 41 Tonnen an verschriebenen Medikamenten ungebraucht weggeworfen.

Zuzahlungen

Der zweite Schritt der Reform war die Einführung von Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme von Ärzten, Medikamentenverschreibungen und ähnlichen Leistungen mit 1. Juni 2003. Die Beiträge sind symbolischer Natur (umgerechnet etwa zwischen € 0,50 und € 1,4), bestimmte Patientengrup-

pen wie Kinder unter einem Jahr und chronisch Kranke sind ausgenommen. Die Einführung der Zuzahlungen führte zu einer Reduktion von 10 Prozent bei der Inanspruchnahme von praktischen Ärzten, und von 13 Prozent der Anrufe bei Rettung und anderen Notfalldiensten². Es konnte vor allem die künstliche Überinanspruchnahme reduziert werden, ohne die tatsächliche Bedarfsdeckung zu reduzieren³.

Medikamentenpolitik

Der dritte Stabilisierungsfaktor betrifft die Medikamentenpolitik hinsichtlich Reduktion von Menge und Preis:

- Einführung von Selbstbehalten je Verordnung.
- Einführung einer fixierten Kennzahl nach Kategorisierung im Juni 2003. Wenn eine Pharmafirma ihre Medikamentenpreise nach der Publikation der Positivliste reduziert, dann muss das Verhältnis zwischen Erstattung (bezahlt von der Krankenversicherung) und Selbstbehalt (bezahlt vom Patienten) gleich bleiben.
- Einführung personeller Veränderungen im Komitee für Kategorisierung (vergleichbar mit der HEK⁴): Wirtschaftler ersetzen Ärzte (seit Juni 2003).
- Veränderung im Prozess der Festsetzung von Maximalpreisen.
- Preisverhandlungen via Internet – Einführung transparenter Marktmechanismen mit klaren Regeln.
- Veränderungen bei den Grenzen für sehr teure Heilmittel mit dem Großhandelspreis als grundsätzlichem Richtwert.
- Häufigere Aktualisierung der Positivliste für Erstattung.

Mit diesen Maßnahmen konnte die jährliche Steigerung bei den Medikamentenausgaben von 29,7 Prozent im Jahr 2000 auf 8,9 Prozent im Jahr 2003 gesenkt werden⁵. (Med. Kosten 2000 € 309.9 Mio.; 2004 € 368.8 Mio.)

Ein weiterer Schritt der Reform war die Dezentralisierung bestimmter Spitäler.

Krankenversicherung

Die Hauptaufgabe der Versicherungen ist es, Ressourcen basierend auf dem Solidarprinzip zu generieren und basierend auf dem Bedarfsprinzip zu verteilen. Die Gesundheitsaufsichtsbehörde überwacht die Verteilung der finanziellen Mittel zwischen den Krankenversicherungen. Jede Person hat garantierte freie Wahl der Krankenversicherung, die niemanden ablehnen darf. Beitragszahlungen haben die Höhe von 14 Prozent des Einkommens bis zu einer vorgegebenen Obergrenze (dreifaches Durchschnittsgehalt), der Staat zahlt für Schutzbedürftige 4 Prozent des Durchschnittseinkommens.

Individuelle (private) Krankenversicherung beinhaltet die Zahlung von Behandlungen, die nicht aus der öffentlichen Krankenversicherung übernommen werden und wird von kommerziellen Versicherungsgesellschaften angeboten, kontrolliert von der Finanzmarktaufsicht.

In der Slowakei gibt es eine Versicherungspflicht. Die Versicherungsträger sind als Kapitalgesellschaften privatrechtlich organisiert und für das Management der Patienten verantwortlich. Der größte Versicherungsträger (2/3 Marktanteil) ist zu 100 Prozent in Staatsbesitz (als KG), ebenso der Versicherungsträger für Polizisten und Heeresangestellte. (8 Prozent Marktanteil). Die anderen drei Krankenversicherungsträger sind in Privatbesitz. Übergeordnet ist den Versicherungsgesellschaften die HCSA (Health Care Supervision Authority), die die Finanzbeziehungen regelt und überwacht, und bei der die Versicherungsträger eine Lizenz beantragen müssen. Die Versicherungsträger dürfen Profit machen, müssen aber jeden Überschuss zum Abbau von OP-Wartelisten aufwenden so vorhanden.

Anbieter von Gesundheitsleistungen rechnen derzeit direkt mit den Versicherungen nach fee for service ab, Qualität, Effizienz oder preisliche Wettbewerbsgestaltung bei der Leistungserbringung sind derzeit kein Thema. In Zukunft soll jedoch das Patientenmanagement zu höherem Wettbewerb und Veränderungen im Bezahlungsmechanismus führen. Die Krankenversicherungen dürfen sich ihre Anbieter im Rahmen vorgegebener Minimalvoraussetzungen und Qualitätsstandards aussuchen, auch dies soll zu mehr Wettbewerb beitragen. Die Versicherungsträger sollen einander nicht mit Beitragsangeboten überbieten, sondern mit der bestmöglichen Verteilung und Verwendung der Beiträge. Die finanzielle

Gebahrung im Gesundheitsbereich ist gesetzlich klar geregelt, um Ineffizienzen und diskriminierendes Verhalten der Krankenversicherungen gegenüber den Anbietern zu vermeiden. Auch die Rolle des Staates wurde per Gesetz geändert: der Staat stellt die Legislative, Gesundheitsziele und Kontrolle.

Nutzen

Der Reform des Slowakischen Gesundheitssystems liegen Befragungen und tiefgehende Recherchen zugrunde, Unterstützung erfolgte auch durch Kooperationen mit internationalen Organisationen.

- Eine Positivliste an Erkrankungen, deren Behandlung ohne Zuzahlung (mit Ausnahme des Pflichtbetrags) von der Krankenversicherung übernommen wird, wurde implementiert. Diese Liste beinhaltet etwa zwei Drittel der ICD 10 Diagnoseliste.
- Ein Katalog für alle Leistungen, die komplett von der Krankenversicherung erstattet werden, wird erstellt, Standards für Diagnostik und Therapieprozesse werden erarbeitet.
- Krankheiten, die nicht in der Positivliste enthalten sind, werden Kategorien zugeordnet, in denen die Zuzahlung für die Patienten definiert ist.

Dieser Bericht wurde vorwiegend auf Basis der Zusammenfassung Pázitný P, Zajac R, Marcincin A. Reform Models: Health Reform in Slovakia. Health Policy Institute Slovakia erstellt, die Übersetzung erfolgte direkt selbst. Der Bericht wurde auf Übersetzungs-, Interpretations- oder Verständnisfehler von Dr. Sasha Brazinova überprüft, der hiermit dafür und für Ihre Unterstützung mit Material gedankt sei.

Kontaktadresse: ingrid.wilbacher@hvb.sozvers.at

Referenzen

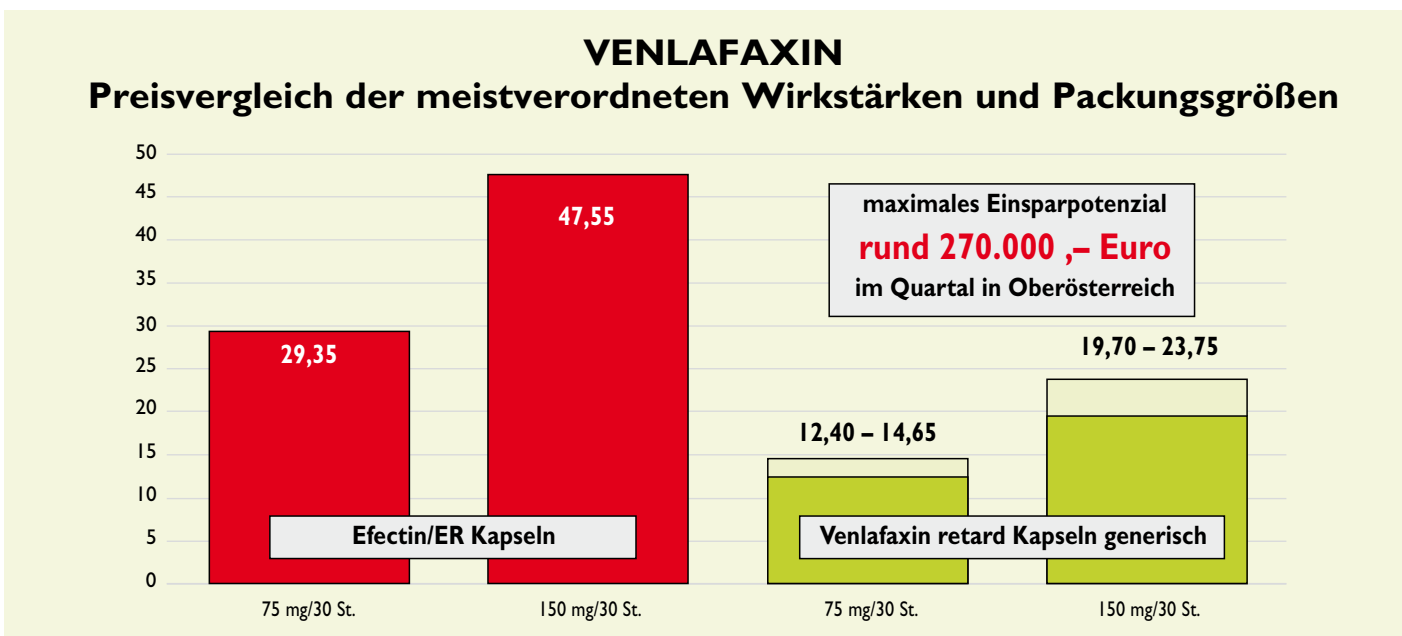
- 1 OECD (2003b): *Health at a Glance, Paris, OECD, 2003.*
- 2 Osterkamp R (2004): *Patients' Financial Involvement as a Prerequisite for Financial Stability of Health-Care-Systems presented at New Healthcare as a Challenge and Opportunity Conference in Bratislava, 7 April 2004, ifo Institute for Economic Research, Munich.*
- 3 Pázitný P, Zajac R. (2001): *Strategia reformy zdravotníctva – realnej reformy pre občana [Strategy of Health care Reform a True Reform for Citizen]. Bratislava, M.E.S.A. 10, 2001 in Pázitný P, Zajac R, Marcincin A. Reform Models: Health Reform in Slovakia. Health Policy Institute Slovakia.*
- 4 *Heilmittellevaluierungskommission*
- 5 Source: IMS 2004. Table 7 in Pázitný P, Zajac R, Marcincin A. *Reform Models: Health Reform in Slovakia. Health Policy Institute Slovakia.*

H Das Öko-Eck

Venlafaxin

Seit 1.5. 2009 ist **Venlafaxin** aus der Gruppe der Anderen Antidepressiva (ATC-Code N06AX) **generisch im Grünen Bereich** des EKO verfügbar. Von elf Firmen werden Präparate in verschiedenen Wirkstoffstärken und Packungsgrößen angeboten (s. Aussendung „Wichtige Änderungen im EKO ab Mai 2009“).

Durch den großen Preisvorteil zum Erstanbieterpräparat Efectin ergibt sich in Oberösterreich auf Basis der Verordnungen des 4. Quartals 2008 (meistverordnete Wirkstoffstärken, Preise Stand Juni 2009) ein enormes Einsparpotenzial von € 270.000,-.



Neben den medizinischen Kriterien für die Auswahl des geeigneten Antidepressivums – wie Anamnese, Komorbidität und Interaktionen spielen auch behandlungsökonomische Aspekte eine Rolle:

Beispiel: Preisvergleich der Monatstherapiekosten (30 Tage):

Sertralin*) generisch	50 oder 100 mg/die	€10,50
Citalopram*) generisch	20 mg/die	€14,90
	40mg / die	€16,40
Cipralex 10mg	10 mg/die	€25,07
Venlafaxin generisch	150mg/die	€19,70 bis €23,75
	225mg/die	€32,10 bis €38,40

*) in OÖ meistverordnete SSRI

Preise Stand Juni 2009

Wir bitten Sie daher, bei mehreren therapeutisch geeigneten Heilmitteln die kostengünstigere Alternative zu wählen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text auf gendergerechte Schreibweise verzichtet.

Impressum: Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion. OÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz. Druck: BTS/Treffling, Gestaltung: Referat für Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation, Ursula Macher.

Kontaktadresse: Dr. Gabriele Müller, c/o OÖ Gebietskrankenkasse, Behandlungsökonomie, Postfach 61, 4021 Linz, oder rufen Sie uns einfach an: 05 78 07 - 10 20 37, E-Mail: gabriele.mueller@oogk.at

Redaktionsschluss: Juni 2009