

# ABS: Ärzte machen sich Luft!

**CHEFARZTGENEHMIGUNGEN:** Nicht die Technik des ABS ist das Problem. Konflikt und Verärgerung entstehen dort, wo sich die Chefärzte strikt und eng an den EKO-Vorschriften orientieren und den Verschreibern einfach zu wenig vertrauen.

IMMER WIEDER erreichen die Ärzte Krone Berichte von Ärzten, wie schwer ihnen das Chefärztsystem den Alltag macht. Wir bringen hier in einer Ärzteplattform einige dieser Stellungnahmen. Die Ärzte haben nicht mit dem elektronischen System zu kämpfen, das funktioniert. Zu schaffen macht ihnen die Haltung der Chefärzte dahinter. Die können die konkrete Situation Arzt – Patient oft nicht recht nachvollziehen und misstrauen den Ärzte-Verschreibungen oft unnötig. Die Zeit, die die Ärzte für langwieriges Argumentieren mit dem Chefarzt aufwenden müssen, geht zu Lasten des Zeitbudgets für die Patienten. Außerdem hängt es für sie oft nicht mit der Medizin zusammen, wenn eine Therapie verweigert wird. Immer öfter vermuten sie ökonomische Gründe dahinter. (Siehe dazu auch das Gespräch mit Pharmig-Präsident Dr. Hubert Dreßler auf S. 10.)

**DR. PETER RANNACHER**, Allgemeinmediziner in der Steiermark, hat uns eine ganze Dokumentation zusammengestellt, was ihn an der Genehmigungspraxis stört:

- **Lipidsenker Sortis®:** Dieses Präparat war bis 2005 normal aus der grünen Box verschreibbar. Heilmittel-Evaluierungskommission (HEK) und Arzneimittelerzeuger konnten sich auf keine Preissenkung einigen. Daraufhin wurde dieses Produkt kurzerhand in die gelbe Box gesetzt. Niemand dachte daran, welche immensen Versorgungsprobleme in der Praxis entstehen, wenn der Hausarzt oder der niedergelassene Facharzt dieses Arzneimittel nicht weiter problemlos verordnen kann. Ähnliche Probleme gibt es

auch mit anderen Lipidsenkern wie Inegy® oder Crestor®, wenn Klinikverordnungen kommen, die nicht den Regeln des EKO entsprechen.

- **Hyaluronsäurepräparate**, z.B. Hyalgan®. Diese wurden anfangs von der Krankenkasse übernommen. Seit einigen Jahren sind sie nicht mehr auf Kassenrezept zu bekommen.
- **Testosteronpräparate** für Männer: Hormondefizit des alternden Mannes ist laut EKO keine Indikation zur Verordnung, auch bei labortechnisch eindeutig nachgewiesenem Testosteronmangel. Die Regel für die Genehmigung seitens der Kassen lautet: Es muss ein primärer Hypogonadismus vorliegen! Kommentar: Der alternde Mann hat kein Anrecht auf eine hormonelle Substitutionsbehandlung, auch wenn eine fachärztlich-urologische Empfehlung vorliegt!
- **Antidemenzielle Heilmittel** Ebixa® oder Axura®: Die laufende Verordnung ist nur möglich bei Bestehen eines entsprechenden Mini-Mental-Status-Tests und bei halbjährlichen fachärztlich-neurologischen Kontrollen. Kommentar: Ist es human, hochbetagte Senioren in diesen Intervallen zum Facharzt zu schicken?
- **Plavix®:** zu kompliziertes Regelwerk. Da müsste doch einfach eine Empfehlung durch die Klinik oder den (kardiologischen oder neurologischen) Facharzt genügen.
- **Lovenox®:** Dosierungen für die Therapie ab 60 mg aufwärts sind alle chefarzt-



Dr. Peter Rannacher, Allgemeinmediziner in der Steiermark

„Die Chefärzte haben sich hinter die elektronische Barriere begeben“

pflichtig. Klinikempfehlung und anschließende ABS-Bewilligung durch den Chefarzt machen oft einen enormen zeitlichen Aufwand.

- **Osteoporosetherapie:** Strontiumranelat und parenterale Form von Alendronat etc. nur als Second-Line-Therapie möglich. Bewilligung laut EKO nur nach längerer Beobachtung der oralen Therapie (Unverträglichkeit) möglich.
- **Hoch dosierte Antidepressiva**, z.B.: Efectin® 150 mg: oft aufwändiger Kommunikationsaustausch mit den Chefärzten.

Sein Gesamtcommentar: Es liegt ein kompliziertes Regelwerk vor, das in der Praxis oft sehr träge funktioniert. Es ist zeitaufwendig und der Bewilligungsablauf behindert den Patientendurchlauf. Eine angestellte Kraft ist mit der Bewilligung beschäftigt. Die Chefärzte haben sich hinter die elektronische Barriere begeben und nur zu oft prasselt der Unmut der Patienten auf die Mitarbeiter in der Praxis nieder. Der Vorschlag: Eine grüne, frei verschreibbare Box und alles andere kommt in die rote Box, sprich zum Chefarzt. Und dieser sollte wieder in der jeweiligen Region als Berater und Mediator zwischen Arzt, Patient und Krankenkasse zur Verfügung stehen.

**DR. HERIBERT URAY**, ebenfalls Allgemeinmediziner in der Steiermark, ergänzt dazu:

- **Medikamente für Tumorpatienten:** Trotz beigefügter Befunde habe er beispielsweise bei der Verordnung von Erythropoetin eine Ablehnung bekommen. Laut EKO darf das nur gegeben werden, wenn eine Anämie infolge Chemotherapie vorliegt. Sein Patient war auch ohne Chemo anämisch, daher das Chefarztsuchen. Nach mühsamem Nachtelefonieren kam dann doch die Bewilligung. Sein lakonischer Kommentar: „Im Prinzip nimmt man an, dass unsereins dumm ist.“

**DR. THOMAS SCHWINGENSCHLÖGL**, Orthopäde in Niederösterreich und Wahlarzt, hat uns eine lange Liste von Ablehnungen übermittelt, die seiner ärztlichen Erfahrung widersprechen:

- **alle Hyaluronsäurepräparate**, wobei auch die ärztliche Leistung für die intra-artikuläre Verabreichung nicht übernommen wird. Das ist besonders unfair, denn spritzt der Arzt Cortison ins Gelenk, dann wird bezahlt. Spritzt der Arzt die wesentlich sinnvollere Hyaluronsäure, muss der Patient doppelt zahlen.
- **Auch alle oralen Knorpelaufbaumittel** wie Chondroitinsulfat, Glukosamine und größtenteils auch Verboril® werden von den Kassen generell abgelehnt. Also gibt es keine Möglichkeit eines Knorpelaufbaus für die Gelenke, sondern nur eine symptomatische Schmerztherapie oder physikalische Maßnahmen, die aber alle den Knorpel nicht beeinflussen.
- **Bei arteriellen Durchblutungsstörungen** (häufig sind die Beine bei Diabeti-

kern davon betroffen) werden durchblutungsfördernde Infusionen mit Lofetyl® oder Prostavasin® fast nie mehr bewilligt.

Diese Therapien bringen aber sehr viel für den Patienten.

- **Bei diabetischer Polyneuropathie** werden zwar Infusionen mit Thioctacid® noch genehmigt, aber die sinnvolle orale Nachtherapie ausnahmslos nicht. Bei allen anderen Arten von Polyneuropathien wird überhaupt Thioctacid auch als Infusion nicht bewilligt, obwohl oft sehr erfolgreich.
- **Neuerdings wird intravenös verabreichtes Cortison** (z.B. SoluDecortin® 25 mg) auch bei akuten Rheumaschüben nicht bewilligt, obwohl der Einsatz oft sehr notwendig ist.
- **Willkürliche Entscheidungen:** NaCl 0,9% May® IFL 250 ml wurde bei identischer Diagnose und gleich lautender Begründung von der BGKK binnen drei Tagen für zwei Patienten genehmigt, für den dritten aber nicht!

**DR. NORBERT JACHIMOWICZ**, Allgemeinmediziner in Wien, formuliert eine prinzipielle Klage:

- „Freitagnachmittag werden speziell bei den kleinen Kassen besonders viele Medikamente abgelehnt. Da gehen alle Ansuchen an die gewerbliche Wirtschaft, da wird besonders oft negativ entschieden. Auch bei Verschreibungen, für die es vorher schon eine Bewilligung gab.“ Er müsse den Patienten raten, am Montag wiederzukommen, wenn es mehr Chancen auf Bewilligung gibt. Und zur Tatsache, dass immer mehr Unterlagen angefordert werden: „Ich will keine Unterlagen mitsenden müssen. Man muss dem Arzt glauben!“ Er als Behandler habe den Zugang zu den Patienten und das Wissen, sie richtig zu behandeln. Der Chefarzt urteile nur vom Schreibtisch aus.

**DR. DAN SEIDLER**, Internist mit Kassenpraxis in Wien, konnte in jüngerer Zeit zwar alle Ablehnungen nach Diskussion mit dem Chefarzt „umdrehen“. Es kostete ihn aber jeweils 25–30 Minuten Überzeugungsarbeit für etwas, was eigentlich von vornherein klar war: „Ich schicke die Anträge ja nicht, weil mir fad



Dr. Dan Seidler, Internist in Wien

„30 Minuten Überzeugungsarbeit für etwas, was von vornherein klar war“

ist.“ Zuwendung für den Chefarzt statt für den Patienten. Einige Extrapunkte aus seiner Praxis:

- **Patienten mit Langzeitverordnungen**, z.B. für 6 Monate Sortis®, bekommen die neue Bewilligung erst dann, wenn die Packungen aufgebraucht sind. Patienten, die korrekterweise eher kommen, müssen 2x in die Ordination. Seidler: „Dazwischen gibt es nur eine Kurzbewilligung – ein Schildbürgerstreich.“ Mit Mehrkosten für die Kasse verbunden. Bei Actos® beispielsweise sind nur 28 Stück in einer Packung. Über mehrere Monate hinweg ergibt das eine erhebliche Lücke. Seidler: „Über diese Diskrepanz hat noch niemand nachgedacht.“
- **Spitalsbefunde:** Die Briefe treffen oft erst mit großem Zeitverzug ein. Das Papier kann daher dem Chefarzt nicht mit dem Antrag übermittelt werden. Das bedeutet oft lange Diskussionen, bis der der nötigen Verschreibung endlich zustimmt.
- Die Kollegen von der Allgemeinmedizin haben es seiner Erfahrung nach noch schwerer, sich bei aufwendigen Verschreibungen gegenüber den Chefärzten durchzusetzen. Oft überweisen sie daher die Patienten dafür an den Facharzt. Ergebnis: doppelte Kosten für das System!

Schreiben Sie uns, wenn Sie als Arzt im Alltag Ihrer Ordination Probleme mit dem Chefarzt haben. Es kann nur gelingen, die Situation zu verbessern, wenn wir einen Überblick schaffen, wo die häufigsten Schwierigkeiten liegen. Auch im Hauptverband, so wird immer wieder versichert, ist man an Transparenz und an einer einheitlichen Entscheidungspraxis der Chefärzte interessiert.

Dr. Irmgard Bayer

Ihre Meinung an:  
i.bayer@medmedia.at

## So sieht es der Hauptverband

Nur ein Bruchteil aller Rezepte braucht überhaupt eine Chefarztgenehmigung, im 1. Quartal 2007 waren es 3,52% aller Kassenrezepte. Von den Bewilligungsansuchen kamen fast drei Viertel schon per ABS. Die meisten Ärzte stellen ohnehin weniger als 10 Anträge im Monat. Und die durchschnittlichen Wartezeiten für die Chefarztantworten betragen 4,76 Minuten ... Alles nicht so schlimm?