



Schmerz 2010 · 24:538–538
DOI 10.1007/s00482-010-0974-3
© Springer-Verlag 2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen sind uns Ärzten durch die restriktive Haltung der Krankenkassen derzeit Limits gesetzt. Medikamente, die über eine gültige Zulassung für den österreichischen Markt verfügen, sollten hierzulande auch tatsächlich erhältlich sein. Leider gehen die Krankenkassen, bedingt durch ihre schlechte Liquiditätssituation, gerade bei der Refundierung neuer und innovativer Medikamente nur sehr schleppend voran.

Gegenwärtig finden mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger Verhandlungen über die Übernahme der Kosten für eine Reihe von neuen innovativen Schmerzmedikamenten statt. Leider ist zu befürchten, dass für einige dieser neuen Medikamente die Kosten nicht von den Sozialversicherungsträgern übernommen werden. Als Folge davon könnte die Markteinführung dieser Therapien in ganz Österreich gefährdet sein. Dann stünden diese Substanzen nicht einmal jenen Patienten zur Verfügung, die bereit wären, sie aus ihrer eigenen Tasche zu bezahlen.

Es gibt in allen Versicherungssystemen Zurückhaltung, was die Aufnahme neuer Positionen an Medikamenten und Leistungen betrifft. Doch durch diese

verschiebende Vorgangsweise bei der Finanzierung neuer Therapien hinkt die Versorgung der österreichischen Patienten den aktuellen Entwicklungen in der Medizin und Forschung hinterher. So sind viele neue und innovative Produkte für die Behandlung zahlreicher Krankheitsbilder in anderen Ländern bereits verfügbar, während in Österreich nach wie vor der Zugang dazu fehlt. Und das, obwohl es für viele dieser Arzneimittel eine europaweite Zulassung gibt. Der Grund dafür ist, dass Firmen neue Produkte, die nicht in den Erstattungskodex aufgenommen werden, in Österreich gar nicht auf den Markt bringen.

Es ist unumgänglich, die Rückersatzstrategie der Kassen zu überdenken und nach zeitgemäßen Lösungen zu suchen. Es gilt neue Ideen zu entwickeln, Spielräume und andere Sparpotenziale zu finden, die es ermöglichen würden, diese für unsere Patienten so wichtigen Therapien zu finanzieren. Hierfür ist es allerdings notwendig, dass Ärzte, Patienten und Versicherungsträger an einem Strang ziehen.

Was auf jeden Fall vermieden werden sollte, ist eine sachlich ungerechtfertigte Nivellierung, wie es sie in manchen Nachbarländern Österreichs gibt. Dort werden die Kosten der verschie-

benen Therapien dem jeweiligen Arzt von einem fixen Jahresbudget abgezogen. Die in diesem Fall bessere Lösung wäre eine flexible Refundierung nach Diagnose. Das Ziel ist eine angemessene Medikation und Therapiedauer auf Kosten der Krankenkassen für jeden Patienten. Zusätzlich sollte auch die Möglichkeit bestehen, eine längere Therapiedauer und/oder eine spezifische Medi-

kation gegen entsprechende freiwillige Aufschlagszahlung zu erhalten. Wer hier eine Zwei-Klassen-Medizin moniert, sei darauf hingewiesen, dass diese in Form von Zusatzversicherungen und Sonderklassen in Krankenhäusern seit jeher besteht.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Prim. Wilfried Ilias