

## Keine Besuche von Pharmareferenten im Krankenhaus!

Welche Klinikärztin, welcher Klinikarzt kennt diese Situation nicht? Der Tag ist mal wieder übervoll mit Aufgaben und man weiß nicht, was man als nächstes erledigen soll. Plötzlich steht da ein Vertreter einer pharmazeutischen Firma auf dem Stationsflur, strahlt einen an und bittet um eine Minute Zeit für wichtige Informationen. Wenn man abwinkt, ist das vielleicht gefühlt unhöflich. Schließlich ist der Herr ja eigentlich sehr nett, und man kennt sich ja auch von gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen. Eine Minute ist ja auch nicht so lang. Meist bleibt es aber nicht dabei, oft werden es 10-15 Minuten. In dieser Zeit schaut man sich gemeinsam auf dem Tablet der Firma ein paar schöne Grafiken an und tauscht sich am Ende noch locker über Privates aus. Am Schluss gibt es noch eine Einladung zu einer Abendfortbildung oder das Angebot, bei Kongressreisen behilflich zu sein.

Die meisten Ärztinnen und Ärzte sind der Meinung, dass derartige Kontakte keinerlei Einfluss auf ihr ärztliches Handeln haben. Das ist ein Irrtum. Deshalb wurden auch an einigen akademischen Krankenhäusern in der USA (academic medical centers = AMCs) zwischen 2006 und 2012 Richtlinien festgelegt, die Besuche der Pharmareferenten sehr einschränkten. Die Ergebnisse einer Untersuchung aus den USA verdeutlichen jetzt, dass derartige Kontakte mit Pharmareferenten das Verordnungsverhalten von Krankenhausärzten sehr wohl beeinflussen (1).

Nachgewiesen wurde dies mit einer Fall-Kontroll-Studie in 19 AMCs, in der das Verschreibungsverhalten vor und nach Einführung der o.g. Richtlinien verglichen wurde. Analysiert wurde der Anteil an Verschreibungen von Medikamenten, über die die Pharmareferenten eingehend informierten („detailing“) – meist Originalpräparate – vs. Medikamenten (meist Generika), die nicht von Pharmareferenten vorgestellt wurden. Analysiert wurden insgesamt 262 Arzneimittelspezialitäten aus acht Indikationsgruppen (Lipidsenker, Säureblocker, Antidiabetika, Antihypertensiva, Schlafmittel, Antidepressiva, Mittel gegen ADHS und Antipsychotika). Verglichen wurde das Verordnungsverhalten von 2.126 Ärzten an 19 Krankenhäusern, die im Beobachtungszeitraum Zugangsbegrenzungen für Pharmareferenten entsprechend der Richtlinie der AMCs eingeführt hatten, mit dem von 24.593 Ärzten in einer Kontrollgruppe, die in Merkmalen wie Alter, Ausbildung, Fachdisziplin, Verordnungsverhalten mit der Interventionsgruppe übereinstimmten und in Krankenhäusern arbeiteten, in denen die Richtlinie der AMCs nicht umgesetzt wurde.

Es zeigte sich, dass die Einführung derartiger Zugangsbegrenzungen für die Industrie (z.B. Verbot, Geschenke anzunehmen, Reglementierung des Gebäudezutritts, Implementierung von Durchsetzungsmechanismen) bei den betroffenen Klinikärzten im Vergleich zu den Kontrollen zu einer Abnahme der exakten Verordnungen um 8,4% und zu einer Zunahme der „aut-idem“-Verordnungen um 5,6% führte. Dabei scheint das Ausmaß der Regulierungen eine Rolle zu spielen. Bei

den Einrichtungen mit den stärksten Beschränkungen wurden auch die stärksten Veränderungen im Verordnungsverhalten registriert.

Die Autoren der Studie diskutieren, dass solche scheinbar kleinen prozentualen Veränderungen im Verordnungsverhalten von Krankenhausärzten doch insgesamt erhebliche ökonomische Auswirkungen haben können. In den USA hätten die Arzneimittelhersteller mit Verordnungen von Originalpräparaten in den betrachteten Wirkstoffgruppen im Jahre 2010 über 60 Mrd. US\$ umgesetzt. Unter der Annahme, dass Generika um 80% billiger als die Originalpräparate sind, sei bei einer 1%igen Abnahme der Verschreibung von Originalpräparaten (d.h. Ersatz durch Generika) etwa mit einer Minderung des Umsatzes von 5% zu rechnen, also mit ca. 3 Mrd. US\$ pro Jahr.

Es gibt also nicht nur praktische Gründe (Zeitdiebstahl), den Pharmareferenten den Zugang zum Krankenhaus zu verwehren, sondern auch ethische (Verminderung der Einflussnahme auf das ärztliche Handeln) und ökonomische (Kostenreduktion, Verteilungsgerechtigkeit; vgl. 2). Wir sehen hier in erster Linie die Krankenhausbetreiber in der Verantwortung. Den Leitern der medizinischen Abteilungen fehlt leider mitunter die notwendige Einsicht und kritische Distanz zur Industrie, um diese notwendigen Regularien durchzusetzen.

## Literatur

1. Larkin, I., et al.: JAMA 2017, **317**, 1785. [Link zur Quelle](#)
2. DeJong, C., und Dudley, A.: JAMA 2017, **317**, 1772. [Link zur Quelle](#)