

Der Arzt und sein ? Medikament

Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommem dem Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil.

Hippokrates

So lange ist es noch gar nicht her! Der Arzt konnte für einen Kranken per Rezept ein Medikament verordnen, das in der Apotheke eingelöst und – in der Regel – vom Patienten eingenommen wurde. Vordergründig beim Rezeptieren war die Indikation – nicht aber der Preis des Arzneimittels. Mit der Feststellung der Indikation und der daraus resultierenden Verordnung war die Aufgabe des Arztes schon erfüllt.

Diese geradezu „paradiesischen“ Zustände gehören heute leider der Vergangenheit an. Die Feststellung der richtigen Anzeige für den Einsatz eines Medikaments wird fast zur Nebensache, gemessen an dem Aufwand zur Bestimmung des rechten Preises. Eigentlich sollte der Arzt mit den Kosten des Arzneimittels nur wenig zu tun haben; denn dessen Preis wird allein vom Hersteller bestimmt. Auch der Patient als Endverbraucher hat keinen Einfluss auf die Preiskalkulation. Es läge also nahe, bei steigenden Arzneimittelkosten die Ursach zuerst beim Hersteller und nicht beim Arzt zu suchen. Das geschieht aber nicht. Im Gegenteil! Der Gesetzgeber wird nicht müde, Verfehlungen seiner Preispolitik und die damit verbundene Medikamentenkostensteigerung dem Arzt anzulasten. Schon im Jahre 1995 konnte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen feststellen, dass der Gesetzgeber nicht den Mut gehabt hatte, „... die Pharmaindustrie hinsichtlich ihrer Preisbildung zu überprüfen. Man ging einfach den Weg des geringsten Widerstandes und verordnete den Ärzten ein Pharmabudget“.

Das Pharma- oder Medikamentenbudget verpflichtete den Behandler, bei seinen Verschreibungen eine festgesetzte Richtgröße pro Quartal und Patient einzuhalten.

Die Einengung der Therapiefreiheit bestand dabei zunächst nur in der Festlegung eines allgemeinen Finanzrahmens. Diesem ersten Schritt mußten aber zwangsläufig weitere folgen, solange sich die beiden Partner (Arzt und Pharmahersteller) in dem genannten Spannungsfeld von restriktiven Verschreibungspraxis auf der einen und freier Preisgestaltung auf der anderen Seite befanden.

So stand die nächste Etappe im Zeichen der Trennung der Arzneimittel in Rezeptpflichtige (Rp) – von den Kassen zu erstattende – und Apothekenpflichtige (Ap) – von den Kassen nicht zu erstattende Medikamente (Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 Abs. 5 SGB V). Dabei durfte das vorgegebene Arzneimittelbudget nur mit rezeptpflichtigen Medikamenten belastet werden. Die apothekenpflichtigen Arzneien hatte der Patient privat zu bezahlen. Damit wurde der Finanzrahmen des Budgets in seiner Größe zwar nicht geändert, konnte aber nur mit einer wesentlich kleineren Anzahl von Medikamenten (den Rezeptpflichtigen) ausgefüllt werden.

Natürlich gab es bei dieser Festlegung der Arzneimittelrichtlinien auch Ausnahmen. Danach konnten „bei schwerwiegenden Krankheiten“ auch apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige, Arzneimittel angewandt werden, wenn sie dem „Therapiestandard“ entsprachen. Hier ging die Einengung der Therapiefreiheit bereits auf die Ebene der Begrifflichkeit über: Nicht mehr der Arzt, sondern ein Ausschuss entschied darüber, wann eine Krankheit als schwerwiegend anzusehen ist und welcher Therapiestandard ihr entspricht.

Der nächste Schritt der Reglementierung befasste sich mit der Kurzzeittherapie. Der Arzt sollte die Tagestherapiekosten senken. Dafür wurde eine Bonus-Malus-Regelung entwickelt. Entsprechend der Erfüllung der Vorgaben konnte der Arzt mit einem Bonus belohnt – oder mit einem Malus bestraft werden. Doch diese Regelung verfehlte infolge ihrer Kompliziertheit die Wirkung und

wurde von dem überlasteten Behandler nicht mehr ernst genommen.

Inzwischen gewann jedoch der Wettbewerb zunehmend an Bedeutung. Obwohl in Deutschland schon hinlänglich praktiziert, musste man den Wettbewerb erneut aus den USA „importieren“. Das Signal des stellvertretenden US-amerikanischen Gesundheitsminister Azar: „Am Ende wird der Wettbewerb siegen“ (2006), blieb nicht ungehört. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz – mit seinen katastrophalen Folgen für die ärztliche Therapiefreiheit – war somit vorgeplant. Die in der Folge ausgehandelten Rabattverträge zwischen Pharmabetrieb und Krankenkasse machten das vom Arzt verschriebene Medikament zum Spiel eines Wirtschaftsvertrages. Danach sollte der Apotheker das vom Arzt verordnete Medikament nicht abgeben, wenn ein Rabattvertrag eine Billigeres, Wirkstoffgleiches zum Inhalt hatte. Eine Information des Arztes über diesen Austausch hatte der Gesetzgeber nicht vorgesehen.

Das war in der Tat ein Novum! Entscheidend für die Wahl des Medikaments (bei Wirkstoffgleichheit) war dessen Marktposition. Der Arzt hatte nur noch den Wirkstoff festzulegen. Wichtigstes Kriterium wird das finanzielle Gewicht – der Preis! Damit wird die Therapiehoheit des Mediziners beschädigt – oder schon gebrochen? Das geschieht indessen ganz im Sinne des Gesetzgebers, der seine Verordnungen eher zugunsten des „Gesundheitsmarktes“ als zur Verbesserung der Gesundheit der Bürger trifft. Dazu Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in der Vorbereitungsphase der Gesundheitsreform: „Wir wollen unser Gesundheitssystem auf eine solide finanzielle Basis stellen“. – Oder Prof. Karl Lauterbach: „Wir haben das Ziel nicht erreicht, nämlich mehr Geld in das System zu bringen“ (21. 12. 2006 – ARD-Nachrichten).

Dieser Forderung, „mehr Geld in das System zu bringen“, kann sich der Mediziner nicht unterordnen, ohne die Interessen seines Patienten und der Solidargemeinschaft schlechthin zu

verletzen. Denn nicht nur in Deutschland ist der Arzt angehalten, bei seinen Verordnungen das Wirtschaftlichkeitsgebot (Sozialgesetzbuch V) mit den Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, ausreichenden Dosierung und eben Wirtschaftlichkeit zu erfüllen. Schwierig wird das bei der Forderung nach der Wirtschaftlichkeit seines Medikamentes. Er kann die Wirtschaftlichkeit seiner Verordnung nicht einschätzen, da ihm dazu die entsprechenden Daten für sein Medikament fehlen: der Preis der Reinsubstanz, der Apothekenverkaufspreis (AVP) und die Preiskalkulation. Noch vor 30 Jahren konnte der Arzt die Wirtschaftlichkeit seiner verordneten Arzneimittel als gegeben voraussetzen. Das Preisverhältnis von Reinsubstanz zum Fertigpräparat bewegte sich in angemessenem Rahmen. Das ist heute nicht mehr der Fall: Dazu ein Beispiel aus dem Bereich der Statine:

Im Jahre 2003 hatte der Patient für die Tagesdosis eines CSE-Hemmers etwa das 100-fache des Rohstoffwertes zu zahlen! Diese „traumhaften Gewinnmargen“ dürften sich bei wei-

teren Präparaten in ähnlichen Größenordnungen bewegen.

Jede Verschreibung eines CSE-Hemmers wurde unter diesen Bedingungen in hohem Maße unwirtschaftlich. Auch das Einschalten des sogenannten freien Wettbewerbes, also das Ausweichen auf die billigen Generika, brachte keine wesentlichen Hilfe; denn diese „...orientieren sich nach jahrelanger Patentfreiheit eher an der 60-Prozent-Marke“.

Somit war es dem Arzt nicht möglich, „sein“ Medikament zu verschreiben. Es würde – nach eigenen Kalkulationen – vielleicht nur das 5 bis 10-fache des Rohstoffpreises kosten. Dafür gibt es in Deutschland keine Chance. In Indien allerdings kosteten im Jahre 2004 zehn Tabletten des teuersten CSE-Hemmers (Atorvastatin = Sortis a 10 mg) nur 0,80 Euro – heute in Deutschland 10,53 Euro!

Ganz allgemein lässt sich sagen: Die Preisbarriere vor dem Medikament ist zu hoch. Wegen der hohen Kosten kann es häufig nicht mehr erworben werden. Es hat in diesem Falle

seinen Sinn verloren; der doch darin besteht, dem Patienten (Leidenden) zu helfen; nicht aber, dem Hersteller einen maximalen Gewinn zu verschaffen.

Wenn daher der Direktor der Medikamentenkampagne von „Ärzte ohne Grenzen“ die Schlussfolgerung zieht: „Was wir brauchen, ist ein komplett neue Strategie des Medikamentenzuganges“, dann ist er mit dieser Forderung, die er zunächst für den Bereich der Dritten Welt aufgestellt hat, längst nicht mehr allein. Sie gilt auch für unseren Raum.

Weshalb sollte der Arzt weiterhin Verordnungen treffen, die seinen Patienten am Ende gar nicht erreichen (Dritte Welt) oder doch nur unter Bedingungen, die er letztlich gar nicht verantworten möchte! Deshalb sollte er aufstehen – wie seine Kollegen von „Ärzte ohne Grenzen“ – um neue Wege für einen Medikamentenzugang zu finden.