

Der manipulierte Arzt

16.09.2009

„Heilig und rein werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren... Ich werde die Kranken bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht.“ Sind diese Sätze aus dem Hippokratischen Eid für den Arzt des 21. Jahrhunderts noch von Bedeutung?

Läßt sich der moralische Anspruch aus der Antike auf eine Zeit übertragen, in der die Medizin sich einem Gesundheitsmarkt unterzuordnen scheint?

In der Financial Times wird bereits von einer „Verdrängung der freien Arztpraxen durch die Gesundheitsindustrie“ gesprochen. „Krankenhausmanager und Finanzinvestoren basteln an Geschäftsmodellen, um in die ambulante Versorgung einzusteigen.“

Kann der Arzt unter diesen Bedingungen noch frei über Diagnostik und Therapie verfügen?

Es ist bekannt, dass die Fremdbestimmung der ärztlichen Berufsausübung durch Investoren, Krankenkassen, Pharmaindustrie und andere Institutionen stark zugenommen hat. Schon bei der Anmeldung in der Praxis dürften unseren Patienten Zweifel am Solidarprinzip der Krankenkassen aufkommen: Denn sie haben sogleich die „Praxisgebühr“ von 10 EUR zu entrichten. Der gesunde Nachbar bleibt von dieser Zahlung verschont. Eine Ungleichbehandlung. Das Bundessozialgericht sieht darin keine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes der Verfassung. Doch die Richter kritisieren, dass den Ärzten dadurch „deutlich über Gebühr Verwaltungsaufgaben zugemutet werden.“ Eine Vergütung dieser ungebührlichen Aufgaben wurde den Ärzten bisher nicht zuteil. Und eine Rückverlegung dieser Verwaltungsaufgabe an die Krankenkassen hat die Gesundheitsministerin bisher nicht durchgesetzt. Es wird das Anliegen der vorliegenden Arbeit sein, weitere Fremdbelastungen unseres Berufes aufzuzeigen. Vorerst bleibt die Zumutung, ungebührliche, zusätzliche Verwaltungsaufgaben übernehmen zu müssen als Demütigung des Arztes bestehen.

Diese setzt sich fort bei der täglichen Routinearbeit – bei der Ausstellung eines Rezeptes: Heute übernehmen die Krankenkassen nur noch die Kosten für die „erstattungs-fähigen“ Pharmaka. Die nichterstattungs-fähigen Medikamente sind vom Patienten selbst zu zahlen. Die Festlegung

der Kostenübernahme wird von einem Ausschuss entschieden. Die persönliche Entscheidung des Arztes ist nicht mehr gefragt. Nötig geworden sind diese Maßnahmen durch die fehlerhafte Preispolitik des Staates, die dem Arzt nicht mehr einen anständigen Preis seines verordneten Medikaments garantiert. Schweren Herzens und mit unruhigem Gewissen muss er tagtäglich über-teuerte Medikamente verschreiben – wohl wissend, dass die phantastischen Gewinnmargen der Pharmaindustrie Ursache der Krise des Gesundheitssystems sind. Gegen seinen Willen wird der Arzt damit zum Mitverursacher der ständig steigenden Medikamentenkosten. Vielleicht könnte es unser Gewissen entlasten, jede Verordnung mit dem „tatsächlichen“ Preis des Medikaments, der sich leicht feststellen lässt, zu versehen.

Da der Arzt auch die Anzahl der von der Pharmaindustrie angebotenen Medikamente nicht mehr überblicken kann, steht ihm heute die Elektronikindustrie mit zahlreichen Computerprogrammen „hilfreich“ zur Seite. Er braucht die notwendig gewordene Technik plus Software nur zu kaufen – und schon lässt sich per „Mausclick“ das gewünschte Medikament finden und das Rezept ausdrucken: Eine Vereinfachung, die erst durch die Komplizierung notwendig geworden ist.

Weitaus komplizierter wird der Fall jedoch bei der vieldiskutierten elektronischen Gesundheitskarte – auch eCard – genannt. Die ärztliche Verordnung wird damit abhängig von der Ausrüstung mit einem komplizierten elektronischen System; sowohl in der Arztpraxis als auch in der Apotheke. „Wollen wir die eCard eigentlich?“ fragte da ein Kollege in der „Ärztliche Praxis“ – und stellt fest: Die Gesamtkosten für die eCard werden mit 1,4 Milliarden Euro veranschlagt. ... Die Anfangsinvestitionen pro Praxis sollen durchschnittlich bei 1000 bis 1500 Euro liegen.“ Die Rufe nach ihrer Einführung waren von der Elektronikindustrie laut zu hören – massiv unterstützt durch unsere Gesundheitsministerin. Die Rufe der Ärzteschaft dagegen waren kaum hörbar. Sie hätte gern mit einem PC oder einem Kugelschreiber weitergearbeitet, anstatt die Forderung der Elektronikindustrie mit 1,4 Milliarden Euro zu unterstützen. Allein die Dauer der Testphase der eCard (drei Jahre) macht deutlich, dass es sich nicht so sehr um die in Aussicht gestellte „Hilfe“ für den

Arzt, sondern vielmehr um ein lukratives Geschäft der Elektronikindustrie handelt. Selbstverständlich würde die Umrüstung der Praxen auf das eCard-System einheitlich erfolgen. Eine individuelle Praxisorganisation – nach eigener Wahl und nach eigenem Ermessen – ist nicht vorgesehen. Während die Elektronikindustrie mit der Ärzteschaft über diese Problematik noch verhandelt, ist die Pharmaindustrie schon einen ganzen Schritt weiter: Sie schließt mit den Krankenkassen Rabattverträge ab, die den Arzt und seinen Patienten einfach im Abseits stehen lassen. Arzt und Patient wissen nicht, ob das verschriebene Medikament auch wirklich ein „Rabattiertes“ ist. Wenn nicht, so ist der Apotheker verpflichtet, das vom Arzt verordnete Medikament gegen ein preisgünstigeres-, ein sogenanntes „Rabatt-Präparat“ auszutauschen. Damit wird also, falls Wirkstoffgleichheit besteht, die ärztliche Verordnung aufgehoben und einem sogenannten Rabatt-Vertrag untergeordnet, der außerhalb des Arzt-Patient-Verhältnisses steht. Wichtiger ist der ökonomische Aspekt – in diesem Falle das Einsparpotential; denn darum geht es ja dem Gesetzgeber! Neu ist daran, dass der Verordner, der schon unzählige Male zur Senkung der Medikamentenkosten aufgerufen worden ist, von dem „Deal“ zwischen Krankenkasse und Pharmakonzern gar nicht informiert wird: Er kennt weder den Namen noch den Preis, des an den Patienten tatsächlich ausgehändigten Präparates! Damit wird erstmals versucht, die rein ärztliche Maßnahme einer Medikamentenverordnung vorwiegend marktwirtschaftlich zu regeln – natürlich ohne Berücksichtigung der Patienteninteressen: Dieser muss die „rabattierten“, neuen – vielleicht rotgefärbten – Pillen ebenso klaglos schlucken wie die seit Jahrzehnten bekannten grünen. Das Eingehen auf psychische Befindlichkeiten (etwa den Gewohnheitseffekt), die im Alter zunehmen, fand in den Rabattverträgen bisher keine Berücksichtigung! Falls der Arzt sich der Bevormundung durch die Rabattverträge nicht unterordnet und die „aut idem“ – Regelung beansprucht (danach ist nur die Abgabe des direkt verordneten Präparates möglich), droht ihm eine Sanktion aus dem wirtschaftlichen Bereich: der Regress! Denn die Preisdifferenz zwischen „seinem“ und dem „rabattierten“ (billigeren) Medikament ist dem Arzt nicht bekannt. So kann er – quasi unbewusst – über-

höhte Medikamentenkosten verursachen und dafür später mit einer Rückerstattungsforderung bestraft werden. In diesem Spannungsfeld der drohenden Regressforderung auf der einen und dem strikten Beharren auf seiner Verordnung andererseits lebt heute der ambulant tätige Arzt. Ist er damit noch ein Freiberufler? Wir erinnern uns an das Wort unserer Gesundheitsministerin im Jahre 2003: Man müsse „endlich Schluss machen mit der Ideologie der Freiberuflichkeit!“ Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit sind jedoch die Basis für unsere Glaubwürdigkeit. So sieht es auch der 112. Deutsche Ärztetag in seinem Aufruf: „Der Gesetzgeber hat sich tunlichst auf die Ausübung von Rechtsaufsicht zu beschränken“.

Doch die „Entmachtung“ des Arztes hat ja bereits eine gewisse Tradition: Schon 1995 stellte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen fest, 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.“

Die daraufhin folgenden Maßnahmen zur Einsparung von Medikamentenkosten (wie die Bonus-Malus-Regelung bis hin zu den Rabattverträgen) sind uns sattem bekannt. Sie richteten sich immer an die falsche Adresse, an den Arzt als Verschreiber – der Pharmahersteller als Preisgestalter wurde dagegen nicht angesprochen.

So sieht sich der Arzt heute gezwungen, völlig überteuerte Medikamente zu verschreiben, auf deren Preisgestaltung er keinerlei Einfluss hat. Er ist jedoch weder in der Lage noch willens, für eine verfehlte Preispolitik des Gesetzgebers zu haften. Der Ruf nach immer mehr Finanzen für das Gesundheitswesen (Gesundheitsministerin, Prof. Dr. Karl Lauterbach, Gesundheitsfonds) könnte verstummen – bei einer realen Preispolitik im Pharmabereich.

Natürlich gilt die Sorge der Ärzte auch der zunehmenden Macht und Einflussnahme der Krankenkassen, die ja immer mit einer Schwächung des Ärztstandes einhergeht. Die Geschichte des deutschen Gesundheitswesens ist dafür ein Beweis. Die Schaffung einer Kassenärztlichen Vereinigung unter der Regierung Brüning vor 80 Jahren ist und bleibt ein Erfolg der Ärzteschaft. Vertragsabschlüsse außerhalb einer KV – also

nur mit den Krankenkassen – lassen den Arzt zum „Angestellten“ werden. „Arztsein bedeutet heute in vieler Hinsicht, nicht mehr Herr in eigener Hause zu sein“, meinte Prof. Dr. phil. Paul Unschuld vom Institut für Medizingeschichte in München.

Dass die Ärzteschaft einem Druck kaum widerstehen kann, zeigte sich noch deutlicher bei der Einführung der sogenannten „Heilmittel-Richtlinien“ für die Physikalische Therapie. Diese – für den Arzt verbindlichen – Richtlinien enthalten einen „Indikationsschlüssel“, nach dem die einzelnen Verordnungen aus dem Bereich der Physikalischen Therapie zu treffen sind. Damit wird die Therapiefreiheit des Arztes im Bereich der Physikalischen Behandlung ausgelöscht – entsprechend einem „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ – vom 1. Dezember 2003/16. März 2004. Zwar hat der Arzt noch die Indikation für die Verordnung zu stellen. Alles Weitere wird verbindlich aus der Richtlinie und dem Indikationsschlüssel abgeleitet! Bei näherer Betrachtung der Zusammensetzung des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ lässt sich unter den 21 Personen immerhin ein Allgemeinmediziner ausmachen. Die anderen, auch die drei unparteiischen Mitglieder, dürften wohl kaum jemals mit der Ausfüllung einer „Heilmittelverordnung“ konfrontiert worden sein. Proteste gegen die Einführung des Heilmittel-Katalogs und die damit verbundene weitere Entmündigung des Arztes konnten bisher nicht beobachtet werden.

In ähnlicher Weise wäre wohl auch an eine Unterordnung des Arztes im Bereich der Pharmakotherapie zu denken. Noch haben die „Hinweise zur Verordnung innovativer Arzneimittel für Vertragsärzte“ (MSD Sharp u. Dohme GMBH) keine Verbindlichkeit, doch lässt uns der Ton des Traktates schon aufhorchen:

„Die medizinisch gebotene Verordnung innovativer Arzneimittel ist nicht nur zulässig, sondern muss bei Vorliegen einer medizinischen Indikation sogar zwingend erfolgen. Der Imperativ „muss“ erfährt hier durch das Wort „zwingend“ quasi eine Potenzierung. Für unbelehrbare Kollegen wird im Folgenden die Begründung hinzugefügt: „Zwar ist der Arzt in seiner Therapie grundsätzlich frei. Er ist jedoch dem Patienten gegenüber begründungspflichtig, wenn er von gängigen Standards abweicht.“

Ein „gängiger Standard“ und zudem überaus „innovativ“ war es auch, Frauen in der Menopause eine Östrogentherapie zu verordnen – möglichst pauschal! Ein „gängiger Standard“ kann für den Allgemeinmediziner also keine verpflichtende Maxime sein – wie es in gleicher Weise auch „Richtlinien“ nicht sein können. Das ist jedoch nicht die Meinung unserer Gesundheitsministerin. Sie meint: „... wenn es nicht durch Aufklärung gelinge, die Arzneimittelausgaben zu reduzieren, müsse man eben Richtlinien festlegen!“ Wünschenswert wären wohl vielmehr Richtlinien für die Pharmabetriebe bezüglich ihrer Preisgestaltung. Doch davon sind wir noch weit entfernt.

Die Möglichkeiten des Arztes im Bereich der Pharmakotherapie sind in der „Dritten Welt“ noch deutlicher eingeschränkt als in unserem Raum. Hier wird er oft zum bloßen Zuschauer, da die Mehrzahl der Kranken ihre Medikamente nicht bezahlen kann und daher auf die Tätigkeit von Hilfsorganisationen angewiesen ist. Auf die Unterstützung der Pharma-Konzerne kann der Patient in der Regel nicht rechnen. „Profit vor Leben“ titelt denn die „BUKO Pharma-Kampagne“ einen Beitrag zum Thema: Patent-Politik der Pharmakonzerne: So will der Patentinhaber Abbott unter allen Umständen verhindern, dass Generikafirmen das AIDS-Medikament Gilead billig produzieren. Das aber wäre eine Voraussetzung für die Versorgung der Patienten in ärmeren Ländern mit diesem lebenswichtigen Medikament. Die Firmenvertreter signalisieren jedoch kaum Interesse, den Zugang zu ihren Produkten weltweit zu verbessern.

Wie gern würde der Arzt seine Verordnungen treffen zum Wohle des Kranken. Doch die Hürde zum Medikament ist zu hoch – sie liegt völlig im finanziellen Bereich – nicht mehr in der Hand des Arztes.

Ein Rückblick auf den Beginn unserer Betrachtung – auf die Aussagen der Financial Times mit ihrem Artikel „Der Krieg der Ärzte“ mag hier weiterhelfen: „Offiziell geht es um das Wohl der Patienten. ...Tatsächlich aber geht es um ein möglichst großes Stück am 36 Mrd. schweren Markt – und um die Kommandogewalt im System. ...Wer hier Einfluss gewinnt, erhält Macht...“. So deutlich haben wir es bisher noch nicht gehört: Es soll Macht ausgeübt werden – über Arzt und Patient – durch Investoren. Von Hilfe und Heilung,

vom Dienst am Patienten ist indes nicht die Rede. Das sind jedoch die Erwartungen des Patienten an seinen Arzt. Von ihm erwartet er Hilfe als Leidender – nicht von einem Investor – sei er auch noch so kapitalstark! Denn „Gesundheit und Krankheit sind keine Ware. Und Wettbewerb sowie Marktwirtschaft sind keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens.“ (Prof. Dr. med. Jan Schulze; 19. Sächsischer Ärztetag der Sächsischen Landesärztekammer, 20. Juni 2009).

Sollten wir daher all unsere „Helfer“, die das Interesse des Kapitals vor das des Patienten stellen, nicht einfach aus unserem Jahrtausendvertrag entlassen?

Literatur beim Verfasser
Dr. Horst Schyra, 01109 Dresden