Gerd Glaeske

# Wider den Eid des Hippokrates

## Anmerkungen zu Rationierungstendenzen in der Arzneimitteltherapie am Beispiel der Versorgung älterer Menschen

»Meine Botschaft ist einfach und schockierend: An alten Menschen wird Euthanasie ausgeübt. Ich rede nicht vom Holocaust der Nazis und ihrer Art der `Vernichtung unwerten Lebens'. Die Rede ist von einer zeitgenössischen Erscheinung und bedarf keiner Mörder. Bei schrumpfender Gesamtbevölkerung nimmt der Anteil der Altenbevölkerung überproportional zu. Nähmen alle Rentner Leistungen nach dem neuesten Stand der medizinisch-technischen Entwicklung in Anspruch, würde jedes Gesundheitssystem finanziell kollabieren. Dieser Kollaps ist bis heute ausgeblieben: Die technisch möglichen Gesundheitsleistungen werden nur zu einem Teil erbracht.« (Dießenbacher, 1987)

In der Tat ist zu beobachten, daß insbesondere das Inanspruchnahmeverhalten älterer Menschen im Gesundheitssystem mehr und mehr unter ökonomischen Gesichtspunkten diskutiert wird. Dies hängt zum einen mit den Prognosen für die Bevölkerungsentwicklung zusammen. Während heute 21,5% der Bevölkerung über 60 Jahre alt sind, werden es im Jahre 2000 25% und im Jahre 2020 bereits 31% sein, die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer beträgt zur Zeit 71,8 Jahre, die für Frauen 78,4. (Basisdaten, 1991) Ältere Patienten sind aus vielen Gründen (Multimorbidität, Pflegebedarf etc.) die »teureren« Patienten: Während 1989 in der Allgemeinen Krankenversicherung (ohne Rentneranteil) 2.760,- pro Mitglied ausgegeben wurden, waren es in der Krankenversicherung der Rentner 4.645,- DM. Je mehr also die Bevölkerungspyramide »überaltert«, desto höher wird auch die Ausgabensteigerung in der Gesundheitsversorgung werden, weil mit dem Alter die chronisch-degenerativen Erkrankungen zwangsläufig zunehmen.

Mit dem Satz, ältere Bürger hätten die Pflicht zu sterben, wollte z.B. der demokratische Gouverneur von Colorado, Richard Lamm, darauf aufmerksam machen, daß zum einen die amerikanische Krankenversicherung »Medicare« tief in den roten Zahlen steckt, daß aber andererseits immer mehr Kranke auf immer teurere Diagnose- und Behandlungsmethoden hoffen können. Im »Medical Economist« fragte der Autor Caplan: »Ist es barmherzig oder grausam, Menschen, die zu senil

geworden sind, um noch zu begreifen, was um sie herum vorgeht, vor dem Tode zu bewahren? (...) Ist es vernünftig, zu einer Zeit, da die Mittel für eine produktivere medizinische Forschung und Behandlung knapper werden, Millionen Dollars für diese Bemühungen auszugeben?«

In der Bundesrepublik werden die hohen Kosten für die Gesundheitsversorgung älterer Menschen eher versteckt formuliert.

So wies z.B. der Präsident der Bundesärztekammer in einem Vortrag darauf hin, daß die Lebenserwartung terminaler Nierenkranker von 4,5 Monaten im Jahre 1970 auf 15 Jahre in 1983 angestiegen sei. Gleichzeitig stieg die Zahl der Dialysepatienten von 1970 bis 1983 von 700 auf 14.000, jährlich kommen 2.500 hinzu. »Da sie nicht sterben, gehen die Kosten in die Höhe: Die jährlichen Behandlungskosten für Hämodialyse haben sich von 1970 bis 1983 von 46 auf 954 Millionen DM mehr als verzwanzigfacht.«

Auch der Vorsitzende des Bundesverbandes der allgemeinen Ortskrankenkassen (BdO), Wilhelm Heitzer, nennt als einen der Gründe für die Verteuerung im Gesundheitswesen die Lebensverlängerung, die er als »Grenzwertnutzen« bezeichnet. Die gewonnenen Jahre, um die Menschen heute älter werden, seien in der medizinischen Versorgung die teuersten. Heißt »Grenzwertnutzen«, daß der Nutzen der gewonnenen Jahre gesundheitspolitisch seine Grenze erreicht hat? (Alle Zitate und Beispiele aus Dießenbacher, 1987)

### *52 Prozent der Kosten für 22 Prozent der Versicherten*

Solche Diskussionen machen vor der Arzneimitteltherapie nicht halt. Es muß nicht nur analytisches Interesse bedeuten, wenn in den jährlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung zum Arzneimittelverbrauch (GKV-Arzneimittel-Index) ausführlich auf die Kosten und Mengen für ältere Menschen hingewiesen wird: »Die Versicherten mit einem Lebensalter von mehr als 60 Jahren, die lediglich rund 22% der Gesamtpopulation darstellen, vereinigen über 52% der gesamten Arzneikosten auf sich, also rund das 2,4 fache des Bevölkerungsanteils. (...) Gerade ältere Menschen erhalten offenbar deutlich mehr Arzneimittel als angezeigt wäre.« (Schwabe u.a., 1990) Solche Analysen können die Sorge um die Belastung älterer Menschen durch zuviele Arzneimittel widerspiegeln, schließlich kann z.B. die häufige Verordnung von Beruhigungsmitteln auch als Abschieben der älteren Menschen mit chemischer Gewalt gedeutet werden. Neben solchen Fragen über die Ethik der Medizin im Umgang mit älteren Menschen können solche Analysen aber auch Ansätze von Rationierungsmaßnahmen im Sinne

ökonomisch günstigerer Lösungen beschleunigen. Sind denn wirklich alle Arzneimittel, die älteren Menschen verordnet werden, nötig? Schließlich liegen bei den über 60-jährigen die Verordnungskosten im Mittel bei 895,- DM, bei den unter 60-jährigen bei 235,- DM!

*Lipidsenker – für ältere Menschen unrentabel?*

»Skandal – Kassenapotheker schreiben die Behandlung vor: Lipidsenker bei alten Menschen unrentabel«, so hieß es am 14.12.1990 auf der Titelseite der Zeitschrift »Medical Tribune«. Einem 67-jährigen Kassenpatienten mit einer bereits lange Zeit bestehenden Hypercholesterinämie und einer bis dahin angewendeten, nun aber nicht mehr ausreichenden Bezafibrat-Therapie (CedurR) war die Verordnung eines anderen, teureren Lipidsenkers verweigert worden, weil hohe Cholesterinspiegel im Alter als »segensreich« gelten könnten. Diese Erklärung mag nicht einleuchten, Rationalität, Notwendigkeit und wahrscheinlicher Nutzen einer Pharmakotherapie müssen auch im Alter wichtigstes Entscheidungskriterium bleiben. Vielleicht war in der Kasse eine Veröffentlichung über die Kosten pro gerettetem Lebensjahr zugrunde gelegt worden, die bei einer erst im späteren Lebensalter begonnenen Cholesterinsenkung anfallen. Solche Modellrechnungen zeigen nämlich, daß eine auf Diät und Lipidsenkern beruhende Intervention, die im Alter zwischen 35 und 50 Jahren angewendet wird, im günstigsten Fall Kosten von 6.000.- bis 6.800.- DM pro gerettetem Lebensjahr verursachen soll, im ungünstigsten Fall 10.700,- bis 12.000 DM. In der Altersgruppe der 60-64-jährigen liegen die Kosten je nach Ausgangssituation bereits zwischen 64.000.- und über 93.000.- DM. (Abb 1 und 2) (Wenzel u.a., 1991) Diese Untersuchung war zwar durchgeführt worden, um die Effizienz einer Prävention für den gesamten Herz-Kreislauf-Bereich zu analysieren und die von cholesterinsenkenden Maßnahmen im engeren Sinne zur Diskussion zu stellen. Sind solche Ergebnisse nicht aber auch verführerisch, wenn es um eine Begrenzung der indikationsbezogenen Arzneimittelausgaben für bestimmte Altersgruppen geht? In der Literatur wird davon ausgegangen, »daß es bei Anstieg des Serumcholesterins oft viele Jahre dauert, bis sich die Arteriosklerose in vollem Umfang entwickelt« und zu kardiovaskulären Krankheitsmanifestationen führt. (Borchard, 1991) Erscheint es dann überhaupt noch notwendig, einen 67-jährigen Patienten unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Lebenserwartung von rund 72 Jahren mit einem teuren Lipidsenker aus der Gruppe der HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (auch als Cholesterin-Synthese-Hemmer bezeichet) wie Lovastatin (z.B. MavanicorR), Simvastatin (z.B. DenanR) oder Pravastatin (z.B. PravasinR)

zu behandeln, selbst wenn diese Mittel unter Berücksichtigung der Höhe des Cholesterinspiegels und der Disposition des Patienten als Mittel der Wahl erscheinen? 500 Millionen DM wurden 1989 von der gesetzlichen Krankenkassen für Lipidsenker ausgegeben, rund 20% der Kosten entfielen dabei auf Versicherte unter 60 Jahren, 80% auf die über 60. Liegt in diesem Indikationsbereich möglicherweise nicht ein Einsparungspotential, das die durchschnittlichen Arzneimittelkosten bei älteren Versicherten deutlich verringern könnte? Rationierung als Kostendämpfungsmaßnahme!

*Verdeckte Rationierung: Pauschale Selbstbeteiligungsstrategien*

Auch im sog. Gesundheitsreformgesetz (GRG) finden sich Anhaltspunkte dafür, daß gerade im Bereich der Arzneimittelversorgung für ältere Patienten kostendämpfende Maßnahmen greifen sollen. Der § 31, Abs. 2 sieht vor, daß bei der Verordnung eines Arzneimittels und der Belieferung durch die Apotheke »vom 1. Januar 1992 an eine Zuzahlung von 15 vom Hundert, jedoch höchstens 15 Deutsche Mark je Mittel an die abgebende Stelle zu leisten sind«. Diese Zuzahlung wird bei allen Arzneimitteln wirksam, für die noch kein Festbetrag festgesetzt ist. Diese erhöhte Selbstbeteiligung – zur Zeit sind 3,- DM pro verordnetem Arzneimittel zu zahlen – trifft als undifferenzierte Regel vor allem Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die einen hohen Arzneimittelverbrauch haben.

Die Verordnung der derzeit wirksamsten Lipidsenker aus der Reihe der HMG-CoA-Reduktase-Hemmer, die wegen ihrer Neueinführung auf Jahre hin nicht festbetragsfähig sein werden, »kostet« derzeit pro Packung 3,- DM Selbstbeteiligung (Rezeptgebühr). Vorausgesetzt, der oben zitierte § 31 des GRG wird nicht modifiziert, müssen Versicherte ab dem 01. Januar 1992 für eine durchschnittliche Monatsdosis 15,- DM Eigenbeteiligung zahlen, da die entsprechende Packungsgröße über 100,- DM kostet: Jahres-Selbstbeteiligung 180,- DM. Vor allem ältere Menschen werden davon betroffen sein, die Verteilung der Lipidsenkerverordnungen (s.o.) hat das gezeigt. Unter Berücksichtigung der typischen Altersmorbidität: Arteriosklerose, Hirnorganisches Psychosyndrom, Demenz, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Emphysem und Asthma, Apoplektischer Insult, Diabetes, Parkinsonismus, Krebs u.a. gibt es aber viele andere Arzneimittelverordnungen, die nicht oder nur bedingt in den Festbetragsmarkt fallen werden. Erinnert sei an die Gruppe der ACE-Hemmer, die in der Zwischenzeit als Mittel der Wahl bei Herzinsuffizienz gelten. Ebenso an die Gruppe der Bronchospasmolytika und Antiasthmatika (z.B. Fenoterol), die ebenfalls besonders

häufig und therapeutisch sinnvoll an ältere Menschen verordnet werden. Selbstbeteiligungs-Durchschnittsbeträge von 50,- DM und mehr pro Monat werden keine Seltenheit mehr sein. Sicherlich wird es sog. Überforderungsklauseln geben, die je nach Einkommen oder Rentenhöhe die Selbstbeteiligung pro Jahr begrenzen werden, sicher ist aber auch, daß vor allem die Älteren von einer pauschalierten, prozentualen und undifferenzierten Selbstbeteiligung belastet werden. Günstig »angeboten« werden Standardarzneimittel, Arzneimittel mit generischen Alternativen, die als festbetragsgeregelte Mittel ohne Selbstbeteiligung in der Apotheke zu haben sind. Der patentgeschützte therapeutische Fortschritt, der wegen der unkontrollierten Preisgestaltung der Hersteller meist beonders hohe Kosten verursacht (- wie z.B. neueingeführte Lipidsenker, ACE-Hemmer für die Behandlung der Herzinsuffizienz, wichtige neue Antibiotika, Magenmittel wie Omeprazol, »blutbildende« Hormone wie Erythropoietin u.a.) wird dagegen selbstbeteiligungspflichtig – und belastet wegen der Polymorbidität vor allem ältere Patienten. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Festbetragsmarkt selbst in seiner Endstufe nicht einmal die Hälfte des gesamten Arzneimittelmarktes abdecken wird, und daß sich in der Zwischenzeit eine Vielzahl von Wirkstoffen zweifelhaften Nutzens unter dem »Dach« der Festbetragsregelung angesammelt haben: Die können ohne Zuzahlung verordnet werden, zum Nutzen der Hersteller, da die Ärzte den Festbetrag mit Wirtschaftlichkeit assoziieren und sich in der Verordnungsmenge kaum Beschränkungen auferlegen (z.B. bei vielen angeblich durchblutungsfördernden Mitteln oder bei Mitteln gegen Hirnleistungsstörungen). (Glaeske, 1990)

Selbstbeteiligung soll durch die Reduzierung der Inanspruchnahme (»Nachfrage«) zur Kostendämpfung der Ausgaben in der Krankenversicherung führen. Diese Strategie ist vor allem dann wirkungsvoll, wenn viele Arzneimittelverordnungen bei einem einzelnen Versicherten anfallen, sodaß der Betroffene wegen der zu erwartenden hohen Eigenbeteiligung die »Lust« am Arzneimittelkonsum verliert. (Als ob die Arzneimitteleinnahme zum »Spaß« die gängige Motivation der Patienten für ihren Arzneimittelkonsum wäre!). Die Frage nach der Verteilung von Arzneimittelverordnungen auf einzelne Versicherte läßt sich mit personenbezogenen Analysen in einer Kassenpopulation beantworten. (Glaeske, 1991 a) Danach entfallen bereits 70% aller Verordnungen auf nur 30% der Versicherten, darunter eben vor allem ältere Menschen. 1/5 aller Verordnungen, teilweise mehr als 46 pro Jahr, werden für lediglich 5% aller Versicherten ausgestellt. Insgesamt entfallen 12% aller Kosten auf nur 1% aller Versicherten – auch hierunter befinden sich in der Hauptsache wieder Versicherte im höheren Le-

bensalter. Diese asymmetrischen Verordnungsverteilungen verbieten eigentlich aus Gründen einer sozialen Unverträglichkeit die bestehenden und kommenden Selbstbeteiligungsregeln, die sich ausschließlich an der verordneten Menge, nicht aber an der Art, Qualität und Notwendigkeit einer Medikamentenverordnung orientieren. Es wird vor allem eine relativ kleine Patientengruppe mit vielen, nebeneinander behandlungsbedürftigen Erkrankungen, durch die hohen Selbstbeteiligungsanteile belastet, während die gesamte Versichertenpopulation von den Kostendämpfungsmaßnahmen profitiert, die durch erhöhte Selbstbeteiligungen möglich werden. Unter diesen Aspekten bekommt ein Leitgedanke des GRG, nämlich Solidarität neu zu bestimmen, einen zynischen Beigeschmack: Die Neubestimmung heißt nämlich Entsolidarisierung – vor allem zwischen jung und alt, gesund und krank, Frauen und Männern: Rationierungseffekte durch unzumutbare finanzielle Belastungen einzelner, meist älterer Patienten!

*Nicht Rationierung, größere Rationalität ist die Lösung!*

Die hohen Ausgaben in der kassenärztlichen Arzneimittelversorgung zwingen in der Tat zu Überlegungen, aber zu ganz anderen als jenen, sich hinter den Strategien der Rationierung verbergen. Es geht vielmehr um ein 5 bis 6 Milliarden-DM-Segment (25% der Gesamtkosten), das jährlich für rund ein Drittel 220 Mio. Arzneimittelverordnungen aller Verordnungen (220 Mio. von 700 Mio.) ausgegeben wird, obwohl diese Mittel nur von zweifelhafter Nützlichkeit und im besten Fall nur teuer, im schlechtesten Fall auch noch gefährlich sind. Der Arzneiverordnungs-Report listet jährlich eine Reihe von Arzneimittelgruppen auf, die für eine begründbare Therapie nicht in Frage kommen (sollten!). In der Bewertung dieser Arzneimittelgruppen wie z.B. durchblutungsfördende Mitteln (1,2 Mrd. DM), Expektorantien (714 Mio. DM), Venenmitteln (580 Mio. DM), externen Rheumamitteln (410 Mio. DM – das meist verordnete Arzneimittel überhaupt ist VoltarenR-Emulgel) oder vielen Urologika (295 Mio. DM) heißt es: »Ein klinisch relevanter therapeutischer Effekt ist jedoch häufig nicht nachgewiesen worden. Da viele dieser Arzneimittelgruppen (...) in den USA, Großbritannien und den skandinavischen Ländern nicht erhältlich sind« können wir, so die Autoren, »ohne Nachteil für unsere Patienten auf diese umstrittenen Arzneimittel verzichten. Wenn dann noch unerwünschte Wirkungen hinzukommen, wie bei einigen durchblutungsfördernden Mitteln und Chondroprotektika (Mittel, die angeblich einem Gelenkknorpelverschleiß vorbeugen sollen, G.G.) geschehen ist, wird ein vielleicht marginaler Nutzen sogar zum therapeutischen Risiko. Nutzlose Arznei-

mittel sind keine Placebos.« (Schwabe u.a., 1990, 11) In der Aufstellung von Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit sind eine ganze Reihe weiterer viel verordneter Gruppen genannt: Antiphlogistika (133 Mio. DM), Gallemittel (140 Mio. DM), Lebertherapeutika (110 Mio. DM), Magnesiumpräparate (133 Mio. DM), Nootropika (104 Mio. DM), Kombinationspräparate mit Verdauungsenzymen (90 Mio. DM) oder Vitamin-B-Kombinationen (70 Mio. DM).

Unter dem Aspekt drohender untauglicher Kostendämpfungsstrategien gilt es daher um so mehr, die wahren Verursacher der Kostenentwicklung zu identifizieren, die Pharmahersteller als diejenigen, die im großen und ganzen das Angebot und die Arzneimittelpreise bestimmen, sowie die wichtigsten Arzneimitteldisponenten, die verordnenden Ärzte. Während die erstgenannten lediglich »Therapiewerkzeuge« anbieten, strukturieren die Ärzte den Umsatz und Absatz der einzelnen Produkte. Sie müssen daher weit mehr als bislang auf eine rationale Therapie verpflichtet werden. Rational ist unter diesen Überlegungen die Anwendung eines Arzneimittels, dessen Indikationsanspruch ausreichend durch klinische Prüfungen bestätigt ist und dessen bekannt gewordenen Risikoaspekte im Verhältnis zum wahrscheinlichen Therapieerfolg vertretbar sind. Die Akzeptanz solcher Risikoaspekte ist dabei immer abhängig von der Schwere der zu behandelnden Erkrankung zu sehen. Die kontinuierliche Überprüfung des Arzneimittelverordnungsgeschehens an der herrschenden pharmakologischen und medizinischen Lehrmeinung ist als Voraussetzung einer rationalen Arzneitherapie zu betrachten. Sie stützt sich auf den wissenschaftlichen Konsens und berücksichtigt auch die bewußt eingesetzte, im jeweiligen Indikationsgebiet vertretbare »echte« Placebotherapie. Es widerspricht der Rationalität einer Arzneimitteltherapie keineswegs, in bestimmten Anwendungsbereichen, z.B. bei solchen mit geringem Krankheitsrisiko, bestimmte Medikamente auf der Basis intersubjektiv überprüfbaren Erfahrungswissens einzusetzen. Dies betrifft z.B. häufig Arzneimittel aus dem Pflanzenbereich, für die bislang meist nur partialisiertes und oft mit Vorurteilen behaftetes Erfahrungswissen vorliegt. Hier müssen allerdings methodisch abgesicherte Kriterien und Regeln für die Validierung des Erfahrungswissens aufgestellt werden. Dann könnte z.B. die Anwendung von standardisierten Baldrianextrakten oder Johanniskrautölzubereitungen bei Unruhezuständen und Schlafstörungen statt der viel zu häufig eingesetzten Benzodiazepin-Derivate oder die Anwendung von Crataegusextrakten statt der immer häufiger eingesetzten ACE-Hemmer im medikamentös noch nicht behandlungsbedürftigen Stadium II einer Herzinsuffizienz als risikoarme Alternativen in Betracht gezogen werden. Irrational sind dagegen vor allem Thera-

pien mit bedenklichen und/oder teuren »Placebos« – zumeist unsinnig kombinierten Arzneimitteln, die ihren Nutzen, zumal den jeder einzelnen Komponente nach Art und Dosierung, niemals ausreichend nachweisen konnten und können. Ihre therapeutische Wirksamkeit wird durch die meist lange Verfügbarkeit auf dem Markt und durch die hohen Verordnungsanteile scheinbar gestützt. Solche Mittel werden als undecouvrierte »Scheinplacebos« bezeichnet: Die Aufdeckung ihrer zweifelhaften Rationalität mit Hilfe der pharmakotherapeutischen Forschung hätte (hoffentlich) zur Folge, daß solche Arzneimittel ihre vorderen Rangplätze unter den meistverordneten Mittel verlieren müßten.

Für diese Mittel ist eine Rationierung mehr als erwünscht, sie sollte vor allem in der kassenärztlichen Versorgung durch regulatorische Einflüsse (z.B. Negativlisten) erzwungen werden. Schließlich haben sie nur für ihre Produzenten spürbaren Nutzen, da sie aufgrund eines im Bereich des Wirksamkeitsnachweises defizitären Arzneimittelgesetzes dennoch die Zulassung und damit den Zugang zu Markt und Umsatz erreichen. Sie dienen allzu häufig auch niedergelassenen Ärzten als Verlegenheitsverordnung und Praxisbindungsmittel, als schnelle Befriedigung angeblicher oder tatsächlicher Patientenwünsche. Sie haben aber letztlich keine Anwendungsberechtigung im Rahmen einer begründbaren und dem therapeutischen Nutzen verpflichteten Therapie (siehe Arzneimittel-Richtlinien für Kassenärzte, Punkt 10). Die regulative »Rationierung« von zweifelhaft wirksamen Arzneimitteln, möglicherweise auch begleitet durch eine erhöhte Selbstbeteiligung, könnte die Kosten in diesem Marktsegment spürbar senken. Die Verordnung von nützlichen und wirksamen Mitteln muß dagegen für jeden Versicherten ohne Zuzahlung möglich sein, ohne Rücksicht auf Alter, Geschlecht und Menge, die für die Behandlung notwendig und therapeutisch nützlich erscheint. Schließlich werden alle Versicherten mit ihren monatlichen Beiträgen bereits in ausreichender Höhe an den Kosten des Gesundheitswesens beteiligt – weitere über eine Selbstbeteiligung versteckte Beiträge, an denen nicht einmal mehr der Arbeitgeber beteiligt ist, dienen nur der Privatisierung von Krankheitsrisiken. Die Selbstbeteiligung beträgt zur Zeit bereits im Mittel 7,4% oder 1,6 Mrd. DM, sie könnte, je nach gesetzlicher Variante, auf maximal 2,1 bis 2,5 Mrd. oder rd. 10-15% ansteigen. (Reher u.a., 1991)

*Die freie Wahl der Verordner sollte rationiert werden!*

Häufig wirkt auch der freie Zugang der Versicherten zu jedem individuell gewünschten Kassenarzt kostensteigernd: Solange keine obligaten

und industrieunabhängigen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen als Voraussetzung für eine ärztliche Tätigkeit gelten, ist die Qualität der Arzneimittelversorgung auch von einer Reihe von Zufällen abhängig, u.a. dem, ob der einzelne Arzt sich im Bereich der Pharmakotherapie industrieunabhängig auf dem laufenden hält. Die Einflüsse von Pharmaberatern mit ihren Informationen, die vor allem der Werbung und Produktplazierung dienen, erschweren in vielen Fällen eine adäquate Arzneimittelwahl. Es fehlt bislang ein wirksames Gegengewicht gegen die mindestens 2 Mrd. DM teuren Marketingstrategien, das Informationsmonopol der pharmazeutischen Hersteller ist trotz einiger Ansätze (arznei-telegramm, Arzneimittel-Brief, Arzneiverordnungs-Report u.a.) längst nicht gebrochen. Verordnungsanalysen bei niedergelassenen Ärzten zeigen daher deutliche Unterschiede hinsichtlich der Qualität und Quantität der ausgewählten Arzneimittel (Glaeske, 1991 b). Es wäre daher zu überdenken, ob Krankenkassen den Zugang ihrer Versicherten nicht auf solche Ärzte begrenzen könnten, die eine vernünftige und wirtschaftliche Verordnungsweise gewährleisten und sich qualitätssichernden Strategien nicht verschließen. Solche Überlegungen sind unter der derzeitigen, durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen geprägten Versicherungsstruktur sicherlich nur schwer vorstellbar, die freie Arztwahl gilt als eine der »heiligen Kühe« des Systems, die nicht geschlachtet werden dürfen. Dabei bietet das frühere System der Vertragsärzte für die Knappschaften oder die heutige Versorgung in amerikanischen Health-Maintainance-Organizations zumindest Anhaltspunkte für die Umsetzbarkeit eines solchen geregelten Zugangs zur ärztlichen Versorgung.

### *Die Befürwortung von Rationierung wird zum hippokratischen Meineid!*

Eine Rationierung von Arzneimitteln reagiert letztlich nur auf Fehlentwicklungen, die wegen einer mangelnden Marktregulierung auf der Produktions-, Vermarktungs- und Verordnungsebene entstehen. Eine rationale Arzneimitteltherapie darf keiner Verknappungs- oder Kostendämpfungspolitik unterliegen, die dem Patienten und Verbraucher begründbare und notwendige Arzneimittel vorenthält oder deren Anwendung erschwert. Der Ersatz medizinischer Entscheidungskriterien durch ökonomische wendet sich gegen Patienten, die sich mit ihrer Krankheit in einer Notlage befinden und auf Hilfe angewiesen sind. Die Akteure im Gesundheitswesen, vor allem die pharmazeutischen Hersteller, werden wieder ausreichend wirksame Kompensationsstrategien finden, um sich auf diese neue Situation einzustellen – das Beispiel der Festbetragsregulierung zeigt überdeutlich die Untauglichkeit solcher

ausschließlich ökonomischer Regulierungskonzepte: Die Steigerungsraten bei den Arzneimittelkosten waren nie höher als heute, obwohl (-oder gerade weil?-) z.Zt. 79 Festbeträge der Stufe 1 in Kraft sind. Daher sind Strategien erforderlich, die das Arzneimittelangebot innerhalb der kassenärztlichen Versorgung überschaubarer und handhabbarer machen und die zweifelhaft nützlichen Mittel aus der Verfügbarkeit des Kassenarztes herausnehmen bzw. die unentbehrlichen (essential drug list) benennen. Die deutliche Anhebung des Zulassungsniveaus beim Bundesgesundheitsamt oder Negativlisten bzw. Positivlisten sind hierfür geeignete Instrumentarien. Die Ausgaben für Arzneimittel könnten zudem durch entsprechende Preisverhandlungen begrenzt werden.

Eine rationale Arzneimitteltherapie durch qualifizierte Ärzte ist letztlich aber die kostengünstigste, selbst wenn die verordneten Mittel zunächst teuer erscheinen. Mit dem -ideell geschworenen – Eid des Hippokrates verpflichtet sich jeder Arzt zu einer solchen begründeten Therapie: »Ich schwöre, Apollon den Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen anrufend, daß ich nach bestem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Verpflichtung erfüllen werde.(...) Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht. (...) Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht verletze, möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg zuteil werden und Ruhm bei allen Menschen bis in ewige Zeiten; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, das Gegenteil.« Leider unterliegen solche Eidverletzungen heutzutage offenbar nicht mehr der Rache der Götter und Göttinnen – Erfolg und Ruhm wären dann nämlich viel seltener in der ärztlichen Zunft!

Korrespondenzanschrift: Gerd Glaeske
AOK Mettmann
Dürerstr. 29
W-5620 Velbert 1

## *Literaturverzeichnis:*

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.): Basisdaten des Gesundheitswesens 1990 (1991). Frankfurt a.M.

Borchard, Ulrich (1991): Lipidsenker – Nutzen ohne Risiko? Dtsch. Apo. Ztg. Sonderheft zur Interpharm (April 1991). S.47-50

Dießenbacher, Hartmut (1987): »Die Pflicht der Alten zu sterben«. Generationenkonflikt im Gesundheitssystem. In: »Altern in unserer Zeit«, hrsg. vom Instutut für Interdisziplinäre Alternsforschung. Bremen. S.88-119

Glaeske, Gerd (1990): Festbeträge, Negativliste, Richtgrößen – politische Muskelspielchen oder wirksame Steuerinstrumente? Argument-Sonderband AS 182. S.116-128

Glaeske, Gerd (1991a): Gesundheitsberichterstattung für den Arzneiverordnungsbereich auf der Basis von Krankenkassendaten (Beispiel: die ambulante Therapie mit Antidiabetika). Quelle: wie Wenzel & Laaser. S.186-192

Glaeske, Gerd (1991b): Arznei-Therapie. Ein AOK-Projekt im ambulanten Bereich. Dr. med. Mabuse 73, 32-35

Reher, Rolf und Reichelt, Herbert (1991): Vorschlag für ein qualitätsorientiertes Selbstbeteiligungsmodell. Soziale Sicherheit, 195-203.

Schwabe, Ulrich und Paffrath, Dieter (1990)(Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report '90. Stuttgart, New York.

Wenzel, Helmut und Laaser, Ulrich (1991): Cholesterinsenkung: Therapeutische Kosmetik oder ökonomisch vertretbare Intervention. In Rebscher, Herbert et al. (Hrsg.) Beiträge der Sozialmedizin zum Versorgungsmanagement der Krankenversicherung. Sankt Augustin. S.272-285