

*Michael Habs, Karlsruhe*

Statement zum Thema

## **Wettbewerb der Krankheiten und seine Auswirkungen**

Wie täglich zu beobachten ist, führt die Mittelknappheit der gesetzlichen Krankenkassen im Praxisalltag zu immer deutlicheren Einschränkungen bei der Versorgung der Patienten. Das bezieht sich bereits seit längerem auf die medikamentöse Versorgung, in letzter Zeit aber immer stärker auch auf andere Versorgungsbereiche. Bei Medikamenten nahm die Entwicklung inzwischen geradezu alarmierende Ausmaße an: Während laut Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) im Jahre 1980 jedes GKV-Mitglied noch 23,0 Verordnungen erhalten hatte, waren es im Jahre 1990 nur noch 19,8 Verordnungen und im Jahre 2000 schrumpfte es auf 17,0 Verordnungen. Das entspricht einem durchschnittlichen Rückgang von 6 Verordnungen für jedes GKV-Mitglied innerhalb von 20 Jahren.

Anders haben sich parallel dazu die Kosten für Arzneimittel in den gesetzlichen Krankenkassen entwickelt: 1980 haben die Kassen für Medikamente 181,49 Euro je Mitglied ausgegeben, im letzten Jahr waren es 420,10 Euro. Der Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesamtkosten der GKV ist seit Jahren rückläufig. Die Zahlen belegen aber zugleich eindeutig, was der Einzelne im Alltag schon länger spürt: **In Deutschland bekommen weniger Patienten für immer mehr Geld immer weniger Medikamente.**

Würde sich dieser Trend unverändert fortsetzen, bekämen GKV-Patienten trotz wachsender Kosten in der Mitte dieses Jahrhunderts rein rechnerisch keine Arzneimittel mehr.

Bei Phytopharmaka müssen sie darauf keine 50 Jahre mehr warten, denn hier verläuft die Ausdünnung noch dramatischer: Während im Jahre 1998 die Krankenkassen (und zwar die gesetzlichen und die privaten zusammen) noch die Kosten für 81,8 Mio. Packungen übernommen haben, waren das zwei Jahre später nur 64,2 Mio. Packungen und im vorigen Jahr lediglich 61,6 Mio. Packungen. Aus heutiger Sicht hat sich also die Menge der verordneten Phytopharmaka um ein Drittel verringert, die Menge der erstatteten Phytopharmaka ist noch stärker rückläufig. Setzt sich dieser Trend ungebrochen fort, werden spätestens im Jahre 2014 rechnerisch keine Phytopharmaka mehr von den Krankenkassen erstattet.

Diese Entwicklung kommt politisch nicht von ungefähr. Sie wurzelt in einer fehlgeleiteten Bemühung des Gesetzgebers, Kassenbeiträge stabil zu halten, indem bevorzugt am Arzneimittel gespart wird. Ob man mit dieser Form der Problemlösung allerdings noch die Rechte von Patienten oder gar ihre Bedürfnisse angemessen beachtet, muss bezweifelt werden. Denn die

Patienten haben laut Sozialgesetzbuch V einen Anspruch auf angemessene Behandlung im Rahmen ihrer gesetzlichen Krankenkasse. Im § 11 wird der Versichertenanspruch festgelegt. Im

§ 12 wird dann das häufig missverständliche Wirtschaftlichkeitsgebot beschrieben: Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sieht man von den Ausschlüssen im § 34 ab (Erkältungs-krankheiten, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel, Arzneimittel gegen Reisekrankheit) haben Versicherte einen gleichberechtigten Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, **unabhängig von der Art oder Schwere ihrer Erkrankung**. Der Arzt hat bei allen Erkrankungen den Auftrag bedarfsgerecht, ausreichend und zweckmäßig zu therapieren, dabei muss er auch das Gebot einer humanen Behandlung erfüllen. Das Maß des Notwendigen sollte deshalb stets vom individuellen Behandlungsbedarf abhängen, und nicht – wie in der Praxis zunehmend zu beobachten ist – sich auf bestimmte Erkrankungen stärker fokussieren.

Trotz aller Gleichheitsgebote scheint die Rationierungswelle nach den Arzneimitteln nun auch die Indikationen zu erreichen. Dadurch stehen im Hinblick auf die Versorgungsmöglichkeiten die einzelnen Erkrankungen in einem sich verschärfenden Wettbewerb zueinander.

Über 90 Prozent aller Behandlungsfälle finden im ambulanten Bereich statt.

Die häufigsten „Diagnosen“ (siehe Tabelle) haben wir nach der Verschreibungsstatistik ermittelt, sie können allerdings – je nach verwendeter Klassifikation – jeweils eine andere Reihung bekommen.

Anders als in der Statistik, ist in der Hausarztpraxis „Beratungsanlass“ die Regel und eine gesicherte Diagnose die Ausnahme. Niedergelassene Ärzte bestätigen, dass Patienten mit Schmerzen, insbesondere des Bewegungsapparates, jahreszeitlich bedingten Erkältungskrankheiten oder funktionellen Magen-Darm-Beschwerden die häufigsten subjektiv wahrgenommenen Gründe sind, die zu einem Praxisbesuch führen, lange vor Herz-Kreislauf-erkrankungen, psychischen Beschwerden und Diabetes.

Auf diese Realität wird immer öfter – z.B. über Zielvereinbarungen auf KV-Ebene – versucht manipulativ Einfluss zu nehmen. Wird dann beispielsweise eine Therapie als Praxisbesonderheit anerkannt, ist die Regressgefahr für den behandelnden Arzt reduziert. Wird ihre Therapie dagegen als „kontrovers diskutiert“ eingestuft, wird der Arzt Zurückhaltung üben, auch wenn diese Einstufung objektiv nicht begründet ist.

**Werden gar Disease Management Programme (DMP) ausgelobt und die Kosten über den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen finanziert, so haben wir den Wettbewerb der Krankheiten in Reinform.**

Die einzelne Krankenkasse wird dann zwangsläufig bemüht sein, möglichst viele Patienten dazu zu bringen, sich in diese Programme einzuschreiben, weil es ihr im Kassenwettbewerb Budgetentlastung bringt. Die Folge davon ist, dass Patienten entweder Pech haben können, in dem sie eine „ungeliebte“ Erkrankung erleiden, oder Glück, wenn ihre Erkrankung einer

so definierten Versorgung zugeführt werden kann. Patienten, die an einer evidenzbasierten, qualitätsgesicherten und aus Sicht der Krankenkassen ökonomisch sinnvollen Krankheit leiden, haben weniger Versorgungsengpässe zu befürchten.

Dieser Wettbewerb der Krankheiten – im Sozialgesetz nicht vorgesehen – ist heute zunehmend Realität. Die Konsequenz daraus ist, dass für die breite Versorgung immer weniger Ressourcen verfügbar sind und gleichzeitig relativ wenige Patienten immer aufwendiger oder teurer behandelt werden. Indirekt kann man dies auch an der Entwicklung der Verschreibungen ablesen.

Für pflanzliche Arzneimittel ist die Konsequenz klar. Schleichend werden sie aus der Kassenleistung herausgedrängt, der Arzt neigt zur Empfehlung und dem Patienten bleibt der Selbstkauf. Dies ist grotesk, wenn man an die hohe Akzeptanz und Zufriedenheit der Versicherten bei pflanzlichen Behandlungsalternativen denkt und an die Vorgaben des Sozialgesetzbuches V.

*Dr. Dr. med. habil. Michael Habs,  
Vorsitzender des KFN-Kuratorium,  
Professor am Walther Straub Institut  
der Universität München,  
Geschäftsführer der  
Dr. Willmar Schwabe Arzneimittel  
Willmar-Schwabe-Straße 4  
D – 76227 Karlsruhe  
Tel. 0721/ 40 05 497*