

Krankheitskosten: „Die Bombe tickt“

Das westdeutsche Gesundheitswesen (IV): Die Macht der Pharma-Konzerne

Millionenfach verschreiben die Ärzte dem Kassenpatienten Valium – und nun beschimpfen sie ihn als „begehrlich“. Schuld am Kostenanstieg, behaupten sie,

sei der Patient – seine Interessen vertritt niemand, weder die Krankenkassen, die seine Beitragsmilliarden zu verwalten haben, noch die Politiker in Bonn.

Fast tatenlos haben die westdeutschen Krankenkassen, als Sachwalter der Beitragszahler, in den letzten Jahren die überdurchschnittlich gestiegenen Ausgaben für Arzt- und Zahnarzthonorare sowie die anschwellenden Krankenhauskosten hingenommen.

Aber noch an einem anderen Abschnitt der Milliarden-Front im Ge-

sundheitswesen haben die Kassen bisher Schwäche an den Tag gelegt: Außer einigen wirkungslos gebliebenen Verbal-Attacken haben sie keinen Versuch unternommen, die Pharma-Konzerne im Mißbrauch ihrer Marktmacht zu beschränken – im wohlverstandenen Interesse der Verbraucher.

Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik ist fest in der Hand der rund 1000 Arzneimittelhersteller auf der einen und der knapp 13 000 (von der Pharmaindustrie abhängigen) Apotheken sowie der (kaum minder mit den Interessen dieser Industrie verbundenen) 50 000 niedergelassenen Ärzte auf der anderen Seite – ein medizinisch-industrieller Komplex mit Milliarden-Umsätzen.

Die scheinbar große Zahl von Arzneimittelproduzenten täuscht über den wahren Zustand dieses Marktes noch hinweg. Zwar gibt es noch immer einige, mitunter an mittelalterliche Alchemistenküchen erinnernde Ein- oder Zweimannbetriebe – aber mehr als 30 Prozent des westdeutschen Apothekenumsatzes werden von zehn Pharma-Großfirmen beherrscht. Und von den rund 600 im Bundesverband der Pharmaindustrie zusammengeschlossenen Firmen sind es nur 100, die 80 Prozent des gesamten Arzneimittelmarktes auf sich vereinen.

Hinter den Kulissen ist die Konzentration sogar noch weiter vorgeschritten, als solche vom Pharma-Bundesverband eingestandenen Zahlen erkennen lassen. Denn viele der im Verband als selbständig geführten Firmen sind teilweise oder ganz im Besitz nationaler oder ausländischer Konzerne.

Die Firma Bayer beispielsweise gründete schon vor Jahren die „Bayropharm Köln“, eine GmbH, die vor allem den Vertrieb von Vitaminpillen, Rheumamitteln und neuerdings auch eines „Kreislaufstimulators“ übernahm – meist umsatzträchtige Arzneien oder Hilfsmittel, die nicht mehr recht zum Image der seriösen Weltfirma passen und dennoch von der Namensverwandtschaft zehren. Die seriöse Schering AG, Berlin, hat auf ähnliche Weise nach außen nichts mehr mit dem Verkauf der angeblich potenzfördernden Mittel durch die Schering-Tochter Asche zu tun.

Ebenso ist die (früher teilweise französische) Albert-Roussel GmbH in Wiesbaden längst Hoechst-Tochter, und zur Ludwigshafener Knoll AG wiederum zählen die Chemischen Werke Minden GmbH und die Transpharm GmbH.

Über die genaue Zahl solcher selbständigen Töchter, die den Umsatz der



Arzneimittel-Herstellung: „Medikamente wurden mehr und mehr ...“



... zu einer Art ergänzender Nahrungsmittel“: Arzneimittel-Verkauf

führenden Zehn sicher weit über die 30-Prozent-Marge anheben, weiß nicht einmal der Bundesverband der Pharma-Industrie Auskunft zu geben.

Zu Recht haben daher Pharma-Kritiker, wie etwa der Diplom-Volkswirt Siegfried Eicke von der Barmer Ersatzkasse, die westdeutsche Pharma-Szene als ein „Oligopol“ bezeichnet, das „die fatale Eigenschaft“ besitze, seine Marktmacht „zur Preispolitik zu benutzen“ — bei geradezu gigantischen Umsatzsteigerungen.

Stillschweigend haben die gesetzlichen Krankenkassen den jährlichen Mehrverbrauch von Medikamenten hingenommen, obwohl er die Wirtschaftslage der Krankenkassen von Jahr zu Jahr stärker belastet: Durch den raschen Griff zum Rezeptblock kann der Kassenarzt in der gleichen Zeit mehr Patienten „behandeln“ als durch aufwendige Untersuchungen oder langwierige Anamnese-Erhebungen und Beratungsgespräche.

Die Kassen haben diesen Mediziner-trend zur „Symptomtherapie“ begünstigt und dazu beigetragen, daß „Medikamente mehr und mehr zu einer Art ergänzender Nahrungsmittel werden“ (so die Saarbrückener Wirtschaftswissenschaftlerin Elisabeth Liefmann-Keil).

Seit Jahren wächst der Appetit der Pharmaindustrie auf einen immer größeren Anteil am Beitragskuchen der sozialen Krankenversicherung: Noch 1962 mußten die Kassen 17,7 Prozent ihrer Gesamtausgaben für Rezeptkosten dreingeben, 1968 waren es bereits 19,8 Prozent, und heute geben die Kassen schon mehr für Pillen und Heilmittel als für Ärzte aus: über 20 Prozent.

Die sogenannten Pro-Kopf-Ausgaben schießen seit Jahren steil in die Höhe: Noch 1960 beispielsweise wendeten die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt 1,1 Milliarden Mark für



Pharma-Verbandschef Lappe
Über Töchter keine Klarheit

Arzneimittel auf — 40,41 Mark je Mitglied. Seither stiegen die Arzneimittelkosten jedes Jahr um eine runde halbe Milliarde: 1974 waren es insgesamt 7,7 Milliarden Mark — 192 Mark je Mitglied.

Die Pharmaindustrie lebt von der sozialen Krankenversicherung. 60 bis 65 Prozent aller über die Apotheken vertriebenen Pillen und Mixturen werden über Kassenrezepte abgerechnet. Wenn man den Medikamentenaufwand in den Krankenhäusern einrechnet, der — über den Pflegesatz — ebenfalls zu Lasten der Krankenkassen geht, verdanken die Arzneimittelfabriken ihr Gedeihen und ihre soliden Gewinne zu rund 75 Prozent den Beitragsgeldern der Kassenmitglieder. Dividenden von 22 Prozent (Ciba-Geigy) und 26 Prozent (Sandoz), wie sie für das Rezessionsjahr 1974 gezahlt wurden, sind, verglichen mit anderen Branchen, einsame Spitze.

Dabei gibt es, so die medizinische Erfahrung, überhaupt nur etwa 300 Krankheiten, die mit Medikamenten therapiert werden können. Ein freipraktizierender Arzt hat im Schnitt nur 100, maximal 200 bis 300 Arzneimittelnamen in seinem Verschreibungs-Repertoire.

Selbst die Pharmaindustrie gibt zu, daß überhaupt nur etwa ein Zehntel des gesamten von ihr produzierten Marktangebots in der Praxis verschrieben und in den Apotheken nachgefragt wird. Insgesamt sind beim Bundesgesundheitsamt 24 000 verschiedene Arznei-Spezialitäten registriert; weitere 23 000 sogenannte Altpräparate, aus der Zeit vor der Registrierpflicht, kommen noch hinzu.

Beherrscht aber wird der Arzneimittelumsatz der Apotheken von nur 500 Präparaten (66 Prozent des gesamten deutschen Apothekenumsatzes). Auf weitere 500 Arzneimittel entfallen nur noch 16 Prozent, auf die nächsten 1000 sogar nur noch zwölf Prozent.

Die deutsche Pharmaindustrie verlor ihren Welttruf.

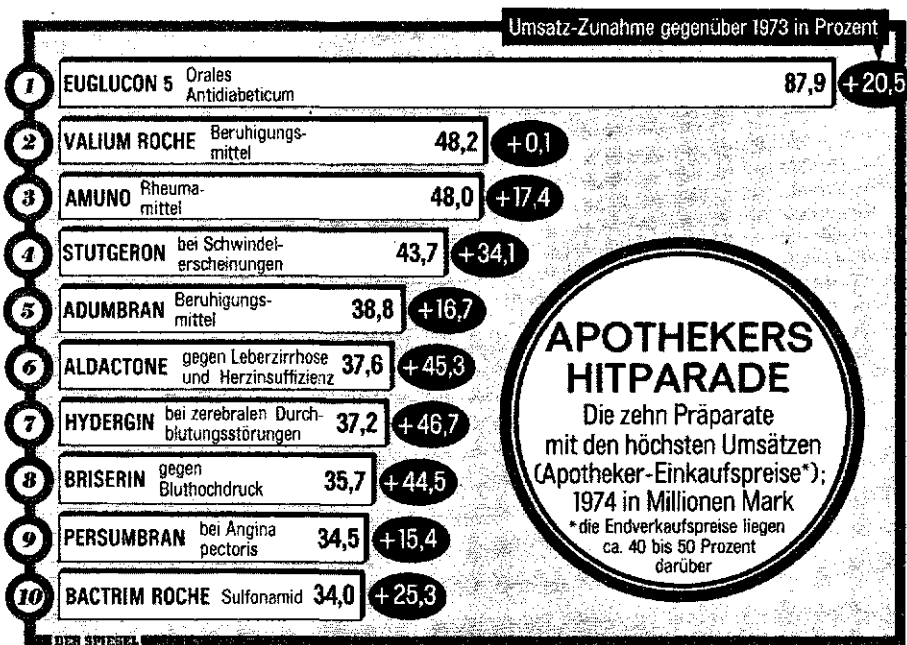
Fast neun Zehntel der beim Bundesgesundheitsamt registrierten Arzneimittel werden demnach so wenig verschrieben und nachgefragt, daß sich allein dadurch die Frage nach ihrer Notwendigkeit zwingend stellt. Doch Nutzen bringen sie der Pharmaindustrie trotzdem: Sie bieten den Pillenfabrikanten — mit dem Hinweis auf angeblichen Forschungsaufwand und darauf, daß die „Kenner“ die Vielzahl der „kleinen“ Präparate finanziell mitziehen müßten — das willkommene Alibi, die Preise ihrer marktgängigen Pharmaka ganz oben anzusetzen.

Dabei ist der beliebte Hinweis auf den gewaltigen Geldeinsatz für Forschung und Entwicklung neuer Präparate bei näherem Hinsehen wenig stichhaltig.

Insgesamt zehn Prozent ihres Umsatzes, so erklärt die Pharma-Industrie, gingen für Forschung drauf. Das waren 1974 über eine Milliarde Mark.

In den offiziellen Verlautbarungen der Pharma-Industrie ist von 250 Firmen die Rede, die „echte Forschung“ treiben; doch Branchenkenner wissen, daß es in Wahrheit allenfalls 25 Firmen sind, in deren Labors wirklich pharmazeutisches Neuland angesteuert wird.

Aber auch bei solchen Elitefirmen gelten eingestandenermaßen wiederum 50 Prozent des Aufwandes sogenannter Defensiv-Forschung: Chemiker und Pharmazeuten suchen nicht nach neuen Stoffgruppen, sondern nach Tricks, wie Herstellungspatente konkurrierender Firmen zu umgehen oder aber die eigenen Spezialitäten gegen



den Zugriff der Konkurrenz abzusichern sind.

In der Tat kann sich die deutsche Pharmaindustrie, einst von unbestreitbarem Weltruf, einer Führungsrolle kaum mehr rühmen. Fast alle bahnbrechenden Arzneientwicklungen nach dem Zweiten Weltkrieg gelangen im Ausland: Die Psychodrogen wurden in der Schweiz, in Frankreich und den USA gefunden, der Durchbruch zum Penicillin gelang Engländern und Amerikanern, die Antibaby-Pille wurde gleichfalls in den USA erfunden und gestartet. Lediglich eine neue Medikamentengruppe, die oralen Antidiabetika, wurden in Westdeutschland entdeckt — und auch das nicht im Labor eines Pharmakonzerns; sie waren der Zufallsfund Berliner Kliniker.

Kritiklos haben die gesetzlichen Krankenkassen die Preispolitik der Pharma-Firmen, einschließlich der allfälligen Hinweise auf den Forschungsaufwand, hingenommen. Vor allem aber haben sich die Kassen bisher nicht dazu aufschwingen können, einen Katalog erprobter und wirksamer Präparate aufzustellen, der dem Arzt als Richtschnur dienen könnte — ähnlich wie etwa in der Schweiz.

Mit Hilfe solcher Empfehlungslisten für Ärzte gelang es dort, daß zum Beispiel 120 Protovita-Kapseln, ein gängiges Vitamin-Präparat der Firma Hoffmann-La Roche, für acht Franken verkauft werden; in Westdeutschland hingegen kosten 100 Kapseln 14,60 Mark, also mehr als das Doppelte.

Beruhigungsdroge Valium: Achtmal so teuer wie Gold

Ein solcher Katalog preisgünstiger und wirksamer Arzneien freilich dürfte sich in der Bundesrepublik an der Reihenfolge der gegenwärtig besonders gefragten Präparate kaum orientieren — die Bestsellerliste der Pharmaindustrie spiegelt eher den mangelnden Sachverstand der verschreibenden Ärzte (und die verkaufsfördernde Wirkung des gigantischen Werbeaufwands).

Ganz obenan, mit einem Jahresumsatz von rund 150 Millionen Mark, steht Euglucon 5 von Hoechst und Boehringer Mannheim, ein orales Antidiabetikum — obwohl diese Behandlungsform noch immer umstritten ist und obwohl sich sogar die Befürworter unter den Medizinern einig sind, daß in 60 Prozent aller Fälle eine Behandlung des Altersdiabetes ohne diese Mittel (mit entsprechender Diät) vorzuziehen wäre.

An zweiter Stelle rangiert die Psychodroge Valium, von dem die Herstellerfirma Hoffmann-La Roche bislang weltweit einen Umsatz von 7,2 Milliarden Mark erzielt hat: In den zwölf Jahren seit Beginn des Valium-Geschäfts vermehrte Hoffmann-La

EAU SAUVAGE

von
Christian Dior



After-shave
Klassischer Flacon
Deodorant Stick
Deodorant Trockenspray
Seife

NEU!
Schaumbad

UND: EAU DE TOILETTE EAU SAUVAGE - PRE-SHAVE - RASIERCREMES
TALK - BRAUNUNGS-GEL - AFTER-SHAVE EMULSION

Roche die Zahl seiner Beschäftigten von 12 000 auf 35 000, und die Hoffmann-La-Roche-Aktie (Nennwert 3½ Franken) kletterte letzte Woche auf rund 120 000 Franken — beim Endverkauf an die Valium-Schlucker ist jedes Gramm des Wirkstoffs achtmal so teuer wie ein Gramm schieres Gold.

Und das alles, obwohl sich die Mediziner darin einig sind, daß Valium, das psychische und psychosomatische Leiden im allgemeinen nur zudeckt, in dieser Massenstreuung eher einen medizinischen Mißstand darstellt als einen Fortschritt.

An dritter Stelle der Besteller-Liste steht das Rheumamittel „Amuno“, auf dessen „erhebliche Nebenwirkungen“ Kliniker offenbar weithin vergebens aufmerksam gemacht haben. Das Mittel (Apothekenumsatz 1974: 90 Millionen Mark) kann Magen- und Darmblutungen hervorrufen; regelmäßige Kontrollen des Blutbildes — wie sie in westdeutschen Arztpraxen sicherlich nicht die Regel sind — wären eigentlich angezeigt.

Platz vier schließlich hält „Stutgeron“, ein Mittel, das in den USA wegen nicht nachgewiesener Wirksamkeit bislang noch nicht zugelassen ist und von dem auch die Herstellerfirma nur behauptet, es würde die Symptome mangelnder Hirndurchblutung günstig beeinflussen — westdeutsche Ärzte aber verschreiben es offenbar in dem Glauben, es fördere tatsächlich die Hirndurchblutung.

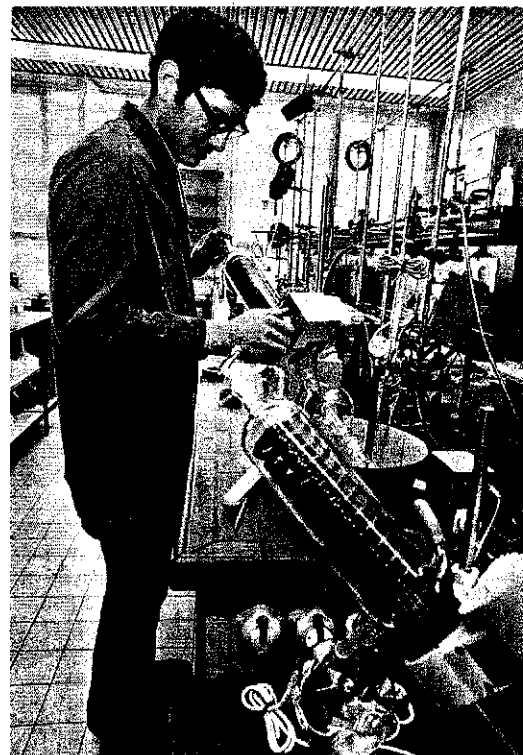
Von solchen Mitteln zur Beeinflussung der zerebralen Durchblutung, die vor allem älteren Menschen gern verschrieben werden, steht noch ein zweites („Hydergin“) auf der Liste der zehn



Tierversuch bei Boehringer
50 Prozent des Aufwands ...

meistverkauften Präparate — und das, obwohl erst jüngst wieder in der Fachzeitschrift „Internist“ begründete Zweifel an der Wirksamkeit all dieser Mittel dargelegt wurden. Hydergin zum Beispiel (Umsatzzuwachs im letzten Jahr: 46,7 Prozent) vermochte die Hirndurchblutung nicht einmal dann zu fördern, wenn es direkt in die Kopfschlagader gespritzt wurde.

Ähnlich verhält es sich auch mit den bei westdeutschen Ärzten offenbar beliebten sogenannten Leberschutzpräparaten, von denen rund 600 im Handel sind — ein einziges davon, das „Essentiale 303“ der Firma Nattermann, machte im letzten Jahr 45 Millionen Mark Umsatz.



Forschungslabor bei Hoechst
... zur Abwehr der Konkurrenz

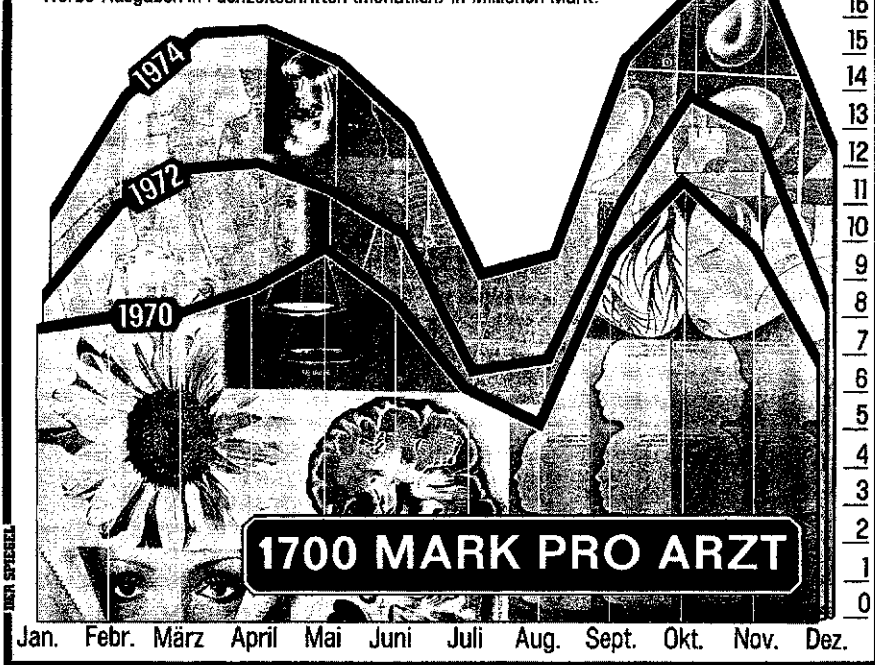
Wiederholt haben Wissenschaftler darauf hingewiesen, daß ein wirksamer Leberschutz nicht medikamentös, sondern nur durch „Fernhalten der Schadstoffe“ von der Leber zu erzielen sei; daß aus all diesen Mitteln „wohl die pharmazeutische Industrie und der Apotheker, nicht aber zwangsläufig die Patienten Nutzen ziehen“ (Professor Helmut Gros, Saarbrücken, in der „Pharmazeutischen Zeitung“).

Doch ungehindert — und ohne Kritik von Seiten der Krankenkassen — kann etwa Nattermann-Chef Rolf Lappe, zugleich Vorsitzender des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, sein „Essentiale“ feilbieten, und zwar außer als Lebermittel auch noch — in veränderter Zusammensetzung — als Arznei zur Förderung der Durchblutung („Essaven“) und zur Senkung der Blutfettwerte („Lipostabil“).

Zweifelloos könnten die Krankenkassen, wenn sie nur ihre Zersplitterung und Laissez-faire-Haltung überwinden, den Pharmafirmen zusetzen. Doch statt ihr Nachfragemonopol zum Nutzen der Beitragszahler einzusetzen, schreckten sie stets vor der Behauptung der Pharmaindustrie zurück, das Credo der freien Marktwirtschaft verbiete den Kassen generell, etwa bei der Festsetzung der Arzneimittelpreise auch nur ein Wort mitzureden.

Dabei ist eindeutig, daß es „auf dem Arzneimittelsektor“, so unlängst der Ortskrankenkassensprecher Kurt Werdin, „noch nie eine Marktwirtschaft gegeben“ hat. „Der Arzt verschreibt, der Apotheker verteilt und der Patient holt ab. Allen drei Gruppen ist der Preis so

Die Gesamtausgaben der deutschen Pharma-Industrie für Werbung und Ärzte-Information betrugen 1974 rund zwei Milliarden Mark (= 20 Prozent vom Gesamtumsatz); Werbe-Ausgaben in Fachzeitschriften (monatlich) in Millionen Mark:



ziemlich egal. Denn zahlen muß einer, der keine andere Wahl hat“ — die Krankenkassen, genauer gesagt: deren beitragszahlende Mitglieder.

Schon vor Jahren tadelten unabhängige Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler, so etwa die Professorin Liefmann-Keil, daß die Krankenkassen ihre Chance nicht genutzt und lediglich „Leerformeln“ und „gänzlich vage und daher praktisch so gut wie leere Hinweise“ für die durch die RVO gesetzlich vorgeschriebene „wirtschaftliche Verschreibungsweise“ von Arzneimitteln zustande gebracht hätten.

„Der Arzt“, klagte jüngst Geschäftsführer Hans Töns beim Bundesverband der Ortskrankenkassen in der „Zeit“, „verschreibt Medikamente, ohne Rücksicht darauf, was sie kosten.“ Und: „Nach unserer Auffassung könnte das alles viel billiger sein.“

Doch das gesetzliche Gebot der „wirtschaftlichen Verordnungsweise“ funktioniert in der Kassenpraxis nicht. Nur selten wird beispielsweise von zwei identischen Präparaten das preisgünstigere (wenn es eins gibt) verschrieben, häufiger das, an das der Doktor glaubt.

So verschreiben die Ärzte massenhaft (Jahresumsatz 1974: fast 40 Millionen Mark) das Gichtmittel Zyloric, jeweils 50 Tabletten zu 37,50 Mark. Die Parallelpräparate Allopurinol

„Siegfried“ (50 Tabletten für 10,50 Mark) oder Bleminol (19,50 Mark) hingegen wurden, obwohl sie die gleiche Wirksubstanz enthalten, weniger verschrieben; sie tauchen auf der (Mengenumsatz-)Liste der „ersten Hundert“, wo Zyloric den 34. Platz hält, gar nicht auf.

Nach den zwischen den Spitzengremien der Krankenkassen und denen der Kassenärzte zu Papier gebrachten Leitsätzen „über die Verordnung von Arzneimitteln in der kassenärztlichen Versorgung“, soll der Kassenarzt zwar „stets prüfen“, ob sich der Heilerfolg „auch durch preisgünstigere Arzneimittel erreichen läßt“, und tunlichst nur Medikamente rezeptieren, „wenn ihre Wirksamkeit ausreichend gesichert ist“.

Doch ob die Pillen, die er rezeptiert, überhaupt etwas taugen, braucht der Doktor erst gar nicht zu bedenken. Denn der Nachweis hierfür ist allein Sache des „Herstellers“, und auch das nur, „soweit dieses möglich ist“.

Nach den „Richtlinien“ ist die Therapiefreiheit des Kassenarztes schier unbegrenzt. Nur für Kosmetika, Mine-

ralwasser, Antibaby-Pillen und sexuelle Stimulantien („Anreize“ oder Verstärkung des Sexualtriebs“) darf er kein Kassenrezept ausschreiben.

Doch so dürftig die Leitsätze zum wirtschaftlichen Umgang mit dem Rezeptblock auch sein mögen — nicht einmal über deren Einhaltung wachen die Krankenkassen energisch.

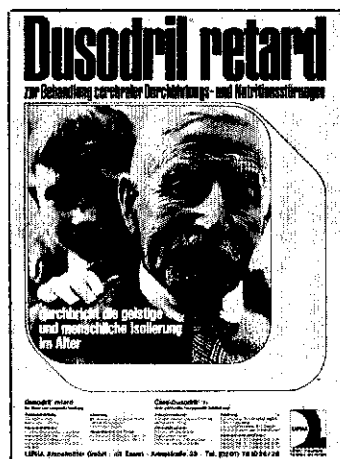
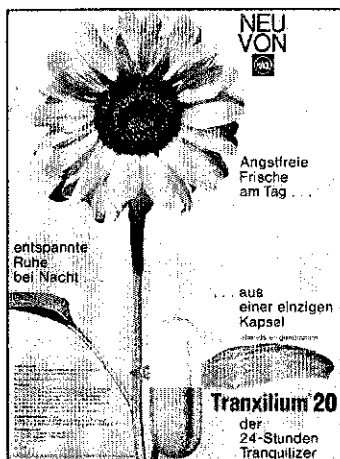
Das verdeutlicht ein Beispiel aus Hessen: Allein für die AOK-Patienten hatten die 4300 Kassenärzte Hessens im Jahre 1970 Rezepte im Wert von 222,5 Millionen Mark ausgestellt. Doch nur bei 133 Doktoren kamen die Ortskrankenkassen überhaupt auf die Idee, es könne unwirtschaftlich viel verordnet worden sein. Und nur ganze 32 der eingeleiteten Prüfverfahren endeten mit einer Regreßforderung. In den meisten Fällen blieb es bei der bloßen Ermahnung (siehe Kasten Seite 118).

Ohne Widerspruch der Kassen auch kann die Pharmaindustrie fortfahren. Hunderte von Millionen Mark — die letztlich größtenteils die Beitragszahler der Krankenkassen aufzubringen haben — in die Arzneimittelwerbung zu verpulvern.

1700 Mark pro Arzt wurden 1974 allein für die Pharma-Werbung in Fachzeitschriften ausgegeben (siehe Graphik Seite 121); aber das war nur ein Zehntel des gesamten Aufwandes für Werbung und Information. 20 Prozent des gesamten Umsatzes der Pharmakonzerne gehen dafür drauf, doppelt soviel wie für die Forschungsabteilungen.

10 000 Mann stark ist das Heer der Arzneimittelvertreter, die in die Praxen der Ärzte ausschwärmen. In den letzten Jahren wurde ihre Berufsbezeichnung, um den Ruch des Merkantilien zu tilgen, zum „Arztbesucher“ und schließlich zum „Pharmareferenten“ hochstilisiert, der den Arzt nur zu „informieren“ habe. In den Stellenangeboten freilich ist dann doch wieder, wie auch sonst bei Handelsvertretern, von Umsatzbeteiligung die Rede.

16mal im Monat, so der statistische Mittelwert, kommt dem niedergelassenen Arzt ein Gesandter der Pharmaindustrie ins Haus. Und außer der Verkaufsförderung — für die tonnenweise kostenlose Medikamentenmuster, aber auch Pudelmützen und Nußknacker (Ciba-Geigy), Bocciaspiele (Boehringer/Mannheim), Tonbandkassetten (Sandoz), Schachspiele und Schallplatten (Grünenthal) als Lockmittel eingesetzt werden — obliegt den Praxisbesuchern mitunter noch eine Nebentätigkeit: Möglichst unauffällig sollen sie die



Pharma-Werbung: Mit Pudelmützen und Schallplatten gelockt



Arztebesucherin: „Augen offen halten“

Hobbies der Ärzte ausspionieren und was wohl die Konkurrenz in Arztpraxen und Kliniken gerade beschickt.

Aus einem Rundbrief der Firma Hoechst an ihre Ärztevertreter, Herbst 1973: „In (dem damals von Bayer/Schering erwarteten Konkurrenz-Präparat) Glisoxepid sehen wir in naher Zukunft unseren Hauptgegner... Wir bitten insbesondere bei diesem Präparat alle Mitarbeiter, die Augen offenzuhalten und uns jede Information zuzuleiten.“

Anders als in der Schweiz, wo die von den Krankenkassen empfohlenen Medikamente zuvor einer Preiskontrolle unterzogen werden, waren es in Westdeutschland bisher noch in keinem Falle die Krankenkassen, die den Preis gestalten bei den Pharmafirmen auf die Finger sahen.

Lediglich das Bundeskartellamt ist in einigen Fällen — so bei dem Vitaminpräparat Cytoabion der Firma Merck und bei den Bestsellern Valium und Librium von Hoffmann-La Roche — gegen überhöhte Preisforderungen eingeschritten (SPIEGEL 13 und 48/1974).

Und die Kassen haben auch nicht aufgemuckt gegen die schleichende Preiserhöhung, welche die Pharmaindustrie in den letzten Jahren durch einen speziellen Trick erzielt hat: Medikamente, die früher auch in Kleinpäckungen, etwa mit zehn oder 20 Pillen, angeboten wurden, werden nun nur noch in großvolumigen Schachteln — kleinste Packung: 50 oder 100 Tabletten — auf den Markt gebracht.

Jüngste Beispiele: das Bayer-Präparat Prominal oder die Merck-Medikamente Encephabol, Novothryl und

Hepabionta. Indirekte Kostenerhöhung für die Kassen, gemessen an der kleinsten verschreibbaren Packung: zwischen 158 und 211 Prozent.

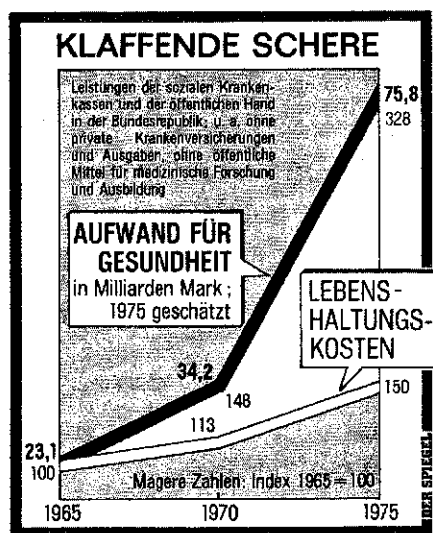
Angesichts solchen Preisauftriebs, öffentlich und im verborgenen, bei Pharmafirmen, Ärzten und Krankenhäusern ist es nicht verwunderlich, daß beispielsweise ein Arbeiter, der noch 1960 mit einem monatlichen Krankenkassenbeitrag von 37,75 Mark zu rechnen hatte, jetzt fast das Fünffache bezahlen muß: 178,31 Mark.

Nach den Vorausberechnungen des rheinland-pfälzischen Sozialministers Heinrich Geissler werden

es schon 1978 noch mal doppelt soviel sein: 363,52 Mark.

Auch in diesem Jahr wird sich die Schere zwischen dem Anstieg der Lebenshaltungskosten und dem Klettern der Gesundheitsausgaben weiter öffnen (siehe Graphik) — allein der neuerliche Kostenauftrieb bei den gesetzlichen Krankenkassen wird 1975 größer ausfallen, als die gesamte soziale Krankenversicherung 1960 kostete.

Seit Jahren wird der sozialpolitische Zündstoff, der in solcher Entwicklung liegt, von den zuständigen Ministern ignoriert. Seit Jahren haben Experten — so etwa die Verfasser des Prognos-Gutachtens über das Krankenhauswesen oder das Wirtschaftswissenschaftliche Institut der Gewerkschaften 1971 — auf den bevorstehenden Kollaps des westdeutschen Gesundheitssystems und auf mögliche Therapien hingewiesen.



Doch wie eine Phalanx hat sich die westdeutsche Ärzteschaft und haben sich auch alle anderen an der Erhaltung des Status quo interessierten Gruppen gegen jeden Reformvorstoß zur Wehr gesetzt: Jeder will immer nur auf Kosten der anderen reformieren.

Auch der diesjährige Ärztetag, Anfang des Monats in Hamburg, bot wieder das Bild geschlossener Verteidigung des Überkommenen. An der Stellung des Arztes im bundesdeutschen Gesundheitswesen etwas zu ändern, so die Schlußverlautbarung, bestehe „kein Anlaß“.

Eine Kopie der Arztabrechnung für den Patienten.

Auch diesmal wieder machten Politiker der Bonner Koalition bei den Ärzten gut Wetter. Eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung, schrieb Herbert Wehner an den Ärztetag, komme für die SPD nicht in Frage. Und Gesundheitsministerin Katharina Focke beließ es beim allgemeinen, unverbindlichen Aufruf zur Sparsamkeit und Zurückhaltung an „alle Gruppen“.

Erst recht der für die soziale Krankenversicherung zuständige Minister, Walter Arendt, hat es bisher vermieden, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen mit gesetzlichen Maßnahmen anzugehen — im Gegenteil.

Von seiner vor eineinhalb Jahren geäußerten Meinung, „die Grenze der Belastbarkeit“ für Beitragszahler sei „erreicht“, rückte der Minister wieder ab; nunmehr ist die Grenze lediglich „nahgerückt“. Und die Berechnungen der Wirtschaftswissenschaftler tat er als „Horrorgemälde“ ab.

Unterdes sind die persönlichen Bande zwischen Arendt und dem Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Hans Wolf Muschallik bereits so eng geraten, daß Muschallik sogar öffentlich verkündet, wie „gut“ dies der Ärzteschaft bekomme — und wie „dankbar“ er dafür sei.

An zwei Ecken will Arendt die RVO-Regelungen reformieren — und beide Male zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen:

- ▷ Um die Rentenversicherung zu schonen, soll künftig deren Beitrag an die Krankenkassen (für die Krankenkosten der Rentner) stark gekürzt, wenn nicht ganz gestrichen werden.
- ▷ Entfallen soll künftig die (bisher in der RVO verankerte) Regelung, daß die Krankenkassen, wenn ihre Beitragsdecke partout nicht mehr hinreicht, den Staat zu Hilfe rufen können.

Die zweite von Arendt vorgesehene Maßnahme würde bedeuten, daß die

Krankenkassen unbegrenzt jede auf sie zukommende Kostenhöhung stillschweigend sogleich an die Beitragszahler weiterreichen können, ohne jede politische Diskussion. Bei Rückgriff auf den Staatshaushalt käme die Sache immerhin vors Parlament.

Die heilige Kuh der Profite im westdeutschen Gesundheitswesen zu schlachten, wagt freilich auch sonst kein Bonner Politiker.

Sozialdemokraten können sich bislang allenfalls vorstellen, daß der Patient eine Kopie der Kassenabrechnung seines Arztes in die Hand bekommt, um festzustellen, „wie viele Hausbesuche sein Doktor gemacht und wie viele er aufgeschrieben hat“ (SPD-MdB Eugen Glombig).

Und Freidemokraten wie Christdemokraten möchten am liebsten den Schwarzen Peter gleich an jene abschieben, die in Bonn mit keiner Lobby vertreten sind: die Patienten.

Damit „Hypochonder oder leicht Verschnupfte“, meint der FDP-Gesundheitsexperte Hansheinrich Schmidt, nicht so oft zum Doktor gehen, sollte eine Selbstbeteiligung der Kassenpatienten erwogen werden. Und den Christdemokraten fiel zur drohenden Kassenpleite ebenfalls nur der Tadel am „gesundheitlichen Fehlverhalten“ der Patienten ein — so der CDU-Gesundheitspolitiker Professor Fritz Beske, der im Falle eines CDU-Wahlsiegs als künftiger Bundesgesundheitsminister im Gespräch ist. Beske: Es gelte, die Kassenbeitragszahler an die „Pflicht zur Gesunderhaltung und zur Vermeidung von krankmachenden Risiken zu mahnen“.

Solche Politikerworte sind in fast perfektem Gleichklang mit den Parolen, wie sie in den Standesblättern der niedergelassenen Ärzte in den letzten Monaten zunehmend laut wurden.

Kein Versicherungsschutz für „selbstverschuldete“ Krankheiten?

Statt über die schlimmsten Schattstellen der deutschen sozialen Krankenversicherung zu debattieren —

- ▷ unwirtschaftliche Trennung zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung,
- ▷ exorbitant gestiegene Arzteinkommen mit ihrer Signalwirkung auf die Personalkosten der Krankenhäuser,
- ▷ Fehlen jeglicher Preiskontrolle auf dem Pharma-Markt



Gesundheitspolitiker Arendt, Katharina Focke
Reform zu Lasten der Versicherten?

—, wird das „Deutsche Ärzteblatt“ nicht müde, dem „Anspruchsdenken“ der Kassenpatienten alles Übel anzulasteten.

Der Patient ist schuld, „ausgebrannte Raucherruinen“ („Berliner Ärzteblatt“) verraten es. Der deutsche Arbeiter, so ein Dr. Ernst Hass ebendort, raucht, säuft und „verbraucht 360 Millionen Einzeldosen Valium“; und „er bleibt auch noch durchschnittlich 20 Tage im Jahr wegen ‚Krankheit‘ seiner Arbeitsstätte fern!“

Die Frage, wer ihm das Valium verschrieb und wer ihn krankschrieb, bleibt unerörtert.

„Mehr Selbstverantwortung“ fordert auch der Hartmannbund von Deutschlands Krankenversicherten. Wer sich

zur Kur verschicken läßt, gilt, nach einem Wort des Heidelberger Ordinarius Gotthard Schettler, gar als „Ausbeuter der Gemeinschaft“. Der rheinland-pfälzische Minister Geissler schlug schon vor, „selbstverschuldete und vermeidbare Krankheiten“ — beispielsweise Folgen „übermäßigen“ Tabak- und Alkoholgenusses — vom allgemeinen Versicherungsschutz auszunehmen.

„Nicht selten“, klagte auch das „Deutsche Ärzteblatt“ über die „Begehrlichkeit“ der Kassenpatienten, müßten neuerdings schon bei einer einzigen Beratung „bis zu vier Überweisungsscheine und Rezepturen ausgestellt werden“; wie zum Großeinkauf im Supermarkt würden die Patienten im Sprechzimmer erscheinen.

Doch angenommen, die Patienten hielten sich an derlei Appelle und würden seltener in die Praxen kommen, dann wäre es den Ärzten auch nicht recht.

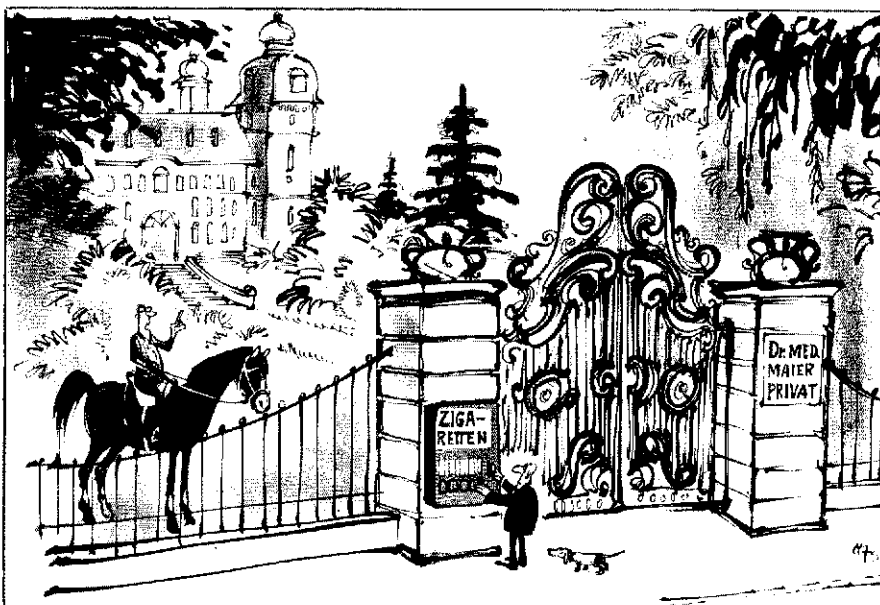
„Vergessen Sie nicht“, tönte letzten Monat Kassenarztchef Muschallik in einem Interview, „es könnte ja auch durchaus sein, daß die Inanspruchnahme des Arztes im Laufe dieses Jahres“ — durch Rezessionserscheinungen wie Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit — „erheblich zurückgehen kann.“

Dann stünden sie wieder alle an der Klagemauer. „Eine fehlende Anpassung seiner Honorare an die Teuerung“, so Muschallik, würde dann den Arzt anderen Berufsgruppen gegenüber wieder „ungerechtfertigt benachteiligen“.

Honorarstopp und Patientenrückgang — es würde ihn „doppelt treffen“.

Im nächsten Heft

SPIEGEL-Gespräch mit Dr. Anne Morgenstern, Vertreterin der Ärzte-Apo: Auswege aus der Misere?



„Wundern Sie sich aber nicht, wenn Ihre Arztkosten wieder steigen“