

Rezeptfreie Medikamente werden Privatsache – Eine mutige Entscheidung der Politik

Dr. med. Jürgen Bausch

Vor einigen Jahren, als die Welt noch in Ordnung war, kommt eine alte Bauersfrau in die Praxis und wünscht sich Korodin-Tropfen auf „Kasse“. Die täten ihr nach einem kräftigen Essen immer so gut ums Herz. Auf den Hinweis, daß – wenn überhaupt ein solches alkoholhaltiges Medikament in Frage käme – der eigene Geldbeutel für die Bezahlung zuständig sei, erfolgte eine prompte Reaktion: „Dann brauche ich es auch nicht.“

Rezeptfreie Medikamente haben diesen Status wegen ihrer Unbedenklichkeit im alltäglichen bestimmungsgemäßen Gebrauch. Prinzipiell haben sie diesen Status nicht, weil sie weniger wichtig oder weniger wirksam für die Arzneimittelversorgung der Bürger sind. Aber sie sind im Schnitt erheblich billiger als rezeptpflichtige Medikamente und sie werden – von einigen wichtigen Ausnahmen abgesehen – sowohl in der Selbstmedikation, als auch auf ärztliche Verordnung hin konsumiert.

Großzügige Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung

Der Durchschnittspreis zu Endverbraucherpreisen 2002 betrug für rezeptfreie Arzneimittel 8,28 Euro pro Packung. Im Gegensatz dazu lag der vergleichbare Preis für rezeptpflichtige Arzneimittel bei 35,52 Euro. Dieses niedrige Preisniveau war schon bisher der Grund, weswegen sich Patienten, die keine Zuzahlungsbefreiung hatten, z.B. ihr ASS 100 und vergleichbare notwendige Präparate in der Praxis nicht rezeptieren ließen, sondern selbst kauften. Offenbar hielten sie dies bislang für zumutbar. Allerdings änderte sich dieses Verhalten sofort, wenn es dem Patienten gelungen war, eine Zuzahlungsbefreiung zu bekommen. Immerhin waren durch die bisherigen sehr großzügigen Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung in vielen KV-Berei-

chen mehr als 50 % der Arzneimittelpatienten zuzahlungsbefreit. Ein Tatbestand, der dem GKV-System jahrelang Mittel in Milliardenhöhe entzogen hat. Niemand weiß, wie viele solcher „Befreiungen“ großzügig unter Marketingaspekten gehandhabt wurden.

Das alles soll nach dem Ergebnis der Konsensverhandlungen ab 1. Januar 2004 anders werden. Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung werden verschärft. Rezeptfreie Medikamente sind nicht mehr erstattungsfähig und die Zuzahlungen für rezeptpflichtige Medikamente werden erhöht. Zugleich wird die Arzneimittelpreisverordnung dramatisch, aber längst überfällig, verändert, so daß niedrigpreisige Medikamente teurer werden und hochpreisige sich erheblich verbilligen. Die Preise für die rezeptfreien OTC-Präparate werden freigegeben.

Horrorszenarien

Alle Regelungen greifen ineinander und je nach Standort werden bereits die tollsten Horrorszenarien aufgebaut, um diesen Teil des Konsenspapiers noch bevor der Gesetzestext geschrieben wird, zu torpedieren.

Apotheken und Arzneimittelhersteller behaupten, ohne daß es dafür irgendeinen Beleg gibt, daß diese Regelung dazu führen würde, daß die Ärzte dann für ihre Patienten sofort statt eines mild wirksamen billigen rezeptfreien Arzneimittels ein teureres rezeptpflichtiges Mittel verordnen würden, wodurch die Ausgaben gleich in Milliardenhöhe nach oben gingen. So wird in diesem Zusammenhang beispielsweise bei den Thrombozytenaggregationshemmern glatt behauptet, daß statt des preiswerten und bewährten ASS 100 für einen Tagestherapiepreis im Cent-Bereich das teure Clopidogrel im Euro-Bereich substituiert würde.

Diese durchsichtige und interessengesteuerte Schwindelei übersieht allerdings dreierlei:

1. Ist ab 1. Januar 2004 eine Verschärfung der Individual- und Kollektivbudgetierung vorgesehen, die jeden Arzt zum Hasardeur machen wird, der ohne Not auf teure Behandlungen umstellt.
2. Bewirkt die Änderung der Zuzahlungsordnung in Verbindung mit der Preisfreigabe im OTC-Markt eine deutliche Änderung im Preisgefüge, die auch für Patienten interessant werden könnte.
3. Unter Budgetdruck samt KV-Informationen ist der Anteil umstrittener Arzneimittel, das ist das Hauptkontingent unter den „Rezeptfreien“ durch Verordnungsenthaltsamkeit der Ärzte binnen sieben Jahren von 25 % auf 6 % abgesunken. Es gibt keinen ersichtlichen Grund, daß die Ärzte in einem Akt kollektiver Unvernunft dieses über Jahre jetzt eingeübte Verhalten wieder ändern könnten.

Das Eckpunktepapier sieht unter 3.11. klar vor: „Zur Steuerung des Verhaltens werden Honorare und veranlaßte Leistungen (das sind u.a. Arzneimittel) enger miteinander verknüpft.“ Jeder kundige Thebaner weiß, was die Gesundheitsexperten damit meinen: Budgetverantwortung für Honorar plus Arzneimittelausgaben. Steigen die Ausgaben, sinken die Honorare. Ob die angedachten Bonuszahlungen in diesem Kontext bei sinkenden Ausgaben auch zum Zuge kommen werden, sei einmal dahin gestellt. Wer aber angesichts dieser perfiden Verknüpfung von Honorar und Arzneimittelausgaben glaubt, die Ärzte würden teuer substituieren, weil es dem Gesetzgeber gefallen hat, billige rezeptfreie Arzneimittel dem Eigenbedarf und der Eigenverantwortung der Versicherten zuzuordnen, überschätzt das Helfer-

syndrom der Ärzte, deren Neigung, sich derart zu ruinieren, stark begrenzt ist.

Es wird im wesentlichen um die OTC-Präparate gehen, die bislang sowohl als Eigenbedarf gekauft, als auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet wurden (u.a. Husten und Erkältungsmittel, Schmerzmittel, Magen- und Verdauungspräparate sowie topische Antirheumatika und rezeptfreie Schlafmittel). Bei diesen Medikamentengruppen wird die Preisbindung fallen. Apotheken, Drogerien und Verbrauchermärkte werden in diesem Marktsegment in den Preiswettbewerb eintreten. Dies dürfte nicht zum Nachteil der Versicherten ausgehen, wenn sie sich in Zukunft diese Präparate ohne Rezept besorgen. Deutschland, das Land der Schnäppchenjäger, wird um ein Feld des Wettbewerbs erweitert. Für Apotheken wird es wohl dadurch ein kleines Problem geben, daß die Erstattungspflicht der Krankenkassen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr erhalten bleibt. (Bisher lag die Grenze bei 18 Lebensjahren für verschiedene Indikationsbereiche.)

Finanzielle Dimension noch offen

Welche finanziellen Dimensionen die ausgehandelten Maßnahmen der „Berliner Lahnstein 2-Runde“ haben wird, ist noch offen. Rezeptfreie Medikamente, die von Ärzten 2002 verordnet wurden, umfaßten 278 Mio. Packungseinheiten, was einem Volumen von knapp 3 Mrd. Euro entspricht. Da Kindern bis zum 12. Lebensjahr von der Neuregelung nicht betroffen sind und als Hauptkonsumenten von Erkältungsmitteln im GKV-System erhalten bleiben werden, und darüber hinaus einige Medikamentengruppen (z.B. ASS etc.) im Bundesausschuß eine Sonderregelung erfahren sollen, stehen diese 3 Mrd. keinesfalls als Sparvolumen in Gänze zur Verfügung.

Und zu befürchten ist, daß eine spezielle parteiübergreifende „Bachblütenlobby“ im deutschen Bundestag weitere Befreiungen von dem Zuzahlungsausschuß der rezeptfreien Präparate zumindest für die Homöopathika und ähnliche Substanzen durchpauken wird (Stichwort: Binnenanerkennung).

Die Änderung der Arzneimittelpreisverordnung ist grundlegender Natur. „Die Apotheker erhalten künftig je Packung ein Abgabehonorar von 8,10 Euro und einen Zuschlag von 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis.“ (Beispiel: Kostet ein Arzneimittel bei Lieferung in die Apotheke 100 Euro, dann erhält der Apotheker 11,10 Euro und schlägt diesen Preis auf den Apothekenverkaufspreis auf. Ist das Medikament nur 10 Euro wert, dann werden als Abgabehonorar nur 8,40 Euro verlangt. Allerdings mindern sich diese Beträge bei GKV-Versicherten um den Apothekenrabatt in Höhe von 2 Euro, die derzeit diskutiert werden.) Diese Regelung wird im Kontext mit der 10 % Zuzahlung der Patienten bewirken, daß die meisten Patienten – soweit sie nicht zuzahlungsbefreit sind – 5 Euro in der Apotheke pro Präparat abliefern müssen. Erst ab 50 Euro steigt bei der 10 %-Regel der Zuzahlungsbeitrag. Die Nachfrage nach preiswerteren, aber wirkungsgleichen Medikamenten durch die Patienten in der Praxis, um nicht mehr als 5 Euro zuzahlen zu müssen, beginnt also erst bei Packungen, die über der 50 Euro-Grenze im Apothekenabgabepreis liegen werden. Wir werden alsbald von den ABDA-Experten hören, wie sich die begrüßenswerte Kippung der Preisspannenverordnung, die auch ein Wunsch vieler Apotheker war, tatsächlich auswirken wird.

Vergleicht man die Regelungen im eher niedrigpreisigen rezeptfreien Marktsegment mit dem rezeptpflichtigen Markt, dann ergibt sich aus Sicht der Kostenträger dann eine Ausgabenminderung, wenn nicht erstattet wird. Da, wo die billigen, rezeptfreien Medikamente erstattet werden müssen (z.B. Kinder bis 12 Lebensjahre und angedachte Ausnahmeregelungen über den Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen) verteuert sich die Ausgabensituation gegenüber heute. Denn statt eines Hustensaftes von bisher 6 Euro kommt alsbald das Abgabehonorar von 8,10 Euro plus 3 %, allerdings gemindert um den Apothekenrabatt.

Hersteller befürchten Umsatzeinbußen

Da ist es ganz verständlich, wenn die

Forderung laut auftaucht, daß rezeptfreie Präparate weiter erstattet werden sollen, und zwar nicht deswegen, um die Bevölkerung mit mild wirksamen und preiswerten Medikamenten zu Lasten der Kassen beglücken zu können, die Therapieviefalt zu erhalten und die teure Substitution der verordnenden Ärzte zu unterlaufen, wie überall behauptet wird, sondern wegen eines beachtlichen wirtschaftlichen Interesses an der Beibehaltung der Erstattung. Denn die Hersteller dieser Präparate befürchten zu Recht Umsatzeinbußen und in den Apotheken wird eine geminderte Zahl von verkauften Packungen auf den Erlös negative Auswirkungen haben können. Bisher wurde durch den kontinuierlichen Rückgang der Zahl der Verordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten 10 Jahren eine wirtschaftliche Kompensation in den Apotheken durch die Preisspannenverordnung über die Hochpreispräparate erzielt, die im wesentlichen zu dem erheblichen Ausgabenanstieg der Arzneimittel in Deutschland beigetragen haben.

Das gesamte komplizierte Regelwerk, welches durch die große Gesundheitskoalition angepackt wurde, wird über die Minderung der Distributionskosten und die Ausgliederung der Erstattungspflicht für rezeptfreie Medikamente zu einer deutlichen Bremse für den Ausgabenanstieg im Arzneimittelsektor werden. Der Bremseffekt wird jedoch umso geringer werden, je mehr man bei den jetzt anstehenden Formulierungen des Gesetzestextes Ausnahmeregelungen für diesen und jenen und klientelbezogene Aufweichungen einfügt. Denn es liegt in der Natur der Dinge, das hat schon Machiavelli vor 500 Jahren formuliert, „daß man nicht ein Übel beseitigen kann, ohne nicht zugleich an einer anderen Stelle ein neues Übel hervorzurufen“.

Schlüsselwörter

Rezeptfreie Medikamente – Zuzahlung – Konsensgespräche – Budgets – Apotheker