

ARZNEIMITTEL

Zur Abschaffung der Kombinationspräparate:

Kein Einsparungseffekt

Gefördert durch das Bundesgesundheitsamt, sicherlich nicht ungern gesehen von der Pharmaindustrie, verschwinden inzwischen fast alle preiswert gewordenen Kombinationspräparate ganz vom Markt oder werden in die Negativliste abgeschoben. Dies mag wissenschaftlich begründet und gesundheitlich indiziert sein. Die daraus sich ableitende Konsequenz ist es sicherlich nicht.

Dazu ein Beispiel:

Man findet kaum einen herzkranken Patienten, der eine kardiologische Fachpraxis oder die innere Abteilung eines Krankenhauses verläßt, ohne, unabhängig vom Alter, mit folgender Medikamentenkombination an den Hausarzt überwiesen zu werden: Nifedipin, plus Beta-Blocker plus Nitrat, wobei die Kombination von Nifedipin und Beta-Blocker aufgrund der synergistischen Wirkung den Blutdruck, insbesondere bei älteren Patienten, unliebsam senkt und in der Kombination negativ inotrop wirkt.

Bisher wurden zu dieser Dreier-Kombination noch ein Diuretikum und meist auch Digitalis gegeben, vermutlich um der negativen Inotropie zu begegnen. Natürlich werden der jeweils modernste Ca-Antagonist und der neueste β -Blocker eingesetzt, Hauptsache, außerhalb der Festpreisliste. Diese fünf Präparate bleiben in ihrer Kombination meist so bestehen, auch wenn sich dazu noch ein ACE-Hemmer gesellt. Nachdem Molsidomin von der Bedenklichkeitsliste gestrichen worden ist, findet man es häufig als siebtes Präparat in der Verordnungsliste. Bereits ein einmal festgestelltes erhöhtes Cholesterin bedarf natürlich einer konsequenten Senkung, häufig unabhängig vom Alter mit einem Cholesterinsynthesemmer. Eine vielleicht „laborogen“ festge-

stellte Hypokaliämie muß natürlich substituiert werden.

Bei dieser Medikamentenkombination läßt sich das Nebenwirkungsspektrum inzwischen nicht mehr abschätzen und kaum noch einem einzelnen Präparat zuordnen. Schlagworte wie „Vorlast“ und „Nachlast“ sind da wenig hilfreich und vorwiegend theoretische Begriffe. Die inzwischen verordneten neun verschiedenen Pharmaka bedeuten, allein schon aus diesem Fachgebiet, bei durchschnittlicher Dosierung 18 Tbl./Tag, wobei sich meist noch eine Reihe von Medikamenten aus anderen Fachgebieten hinzureihen. Hier ist sicherlich die Grenze überschritten, die von den Patienten ohne Nebenwirkungen zu verkraften ist, die eine vernünftige Compliance erlaubt und keinerlei Einsparungseffekte in der Verschreibungspraxis zuläßt, da durch die Lobby der Pharmaindustrie den teureren, vielleicht aber nicht immer besseren Medikamenten der Vorzug gegeben wird. Dieses Ordnungsverhalten sollte – vor allem im Interesse unserer Patienten – ernsthaft zu denken geben.

Dr. med. Erwin Esch,
Margaretastraße 8, W-5000
Köln 30

Mono ist teuer

Es ist erstaunlich, daß ein wesentlicher Faktor bei der Kostensteigerung im Arzneimittelbereich nicht oder kaum benannt wird: das Abschaffen der Kombinationspräparate. Das Verordnen von Monopräparaten ist wissenschaftlich eindeutig vorzuziehen, in der Klinik oder bei schweren Fällen. Nun werden die Kombinationspräparate aus dem Handel genommen, die bei Alltagsbeschwerden bisher üblich waren. Die Mittel waren im Endeffekt meist unterdosiert, was jedoch praktisch nicht unbedingt ein Schaden war. Jedenfalls war und ist die tägliche Praxis mit Kombipräparaten gewaltig billiger als das Verordnen von 10 bis 20 Monopräparaten,

wie sie auf den Entlassungsplänen der Hospitäler im Arztbrief empfohlen werden.

Ich meine, daß beide gebraucht werden, Monopräparate und gute Kombinationspräparate, je nach Fall, suum cuique.

Der eine kriegt eben sein Steak, der andere eine ausgewogene Aminosäuremischung, so könnte ein Kabarettist die Problematik anreißen – das Thema ist ausbaufähig.

Dr. F. W. Degenring, Goethestraße 3 A, W-6944 Hemsbach

GESUNDHEITSREFORM

Zu dem Leserbrief „Persönliche Selbstbeteiligung“ von Dr. med. J. Fischer-Wasels in Heft 39/1992:

Unverhohlener Zynismus

Aus der Zuschrift spricht ein unverhohlener Zynismus gegenüber dem Patienten als mündigem Bürger.

Herr Fischer-Wasels will den Patienten als „Sparkommissar“ zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen einsetzen und dreht dabei ganz einfach Verantwortlichkeiten um. Der Patient soll durch Nachfragen beim Arzt mitentscheiden, ob die Verschreibung von Medikamenten beziehungsweise die Ausführung der Diagnostik wirklich notwendig ist.

Ich denke, Herr Fischer-Wasels weiß, daß der Patient damit total überfordert ist. Dieser befindet sich durch Schmerzen und andere Krankheitssymptome sowie durch geringe oder fehlende medizinische Kenntnisse in einer viel schwächeren, zum Teil abhängigen Position gegenüber dem Arzt. Dem Patienten in dieser Situation die Rolle eines „Sparkommissars“ zuzuweisen, halte ich für mehr als fraglich. Interessant wäre zu wissen, wie Herr Fischer-Wasels mit dieser Methode sein Arzt-Patienten-Verhältnis gestalten will. Ich bin der Meinung, der Patient muß dem Arzt vertrauen können, daß dieser nach be-

stem Wissen und Gewissen all das für ihn tut, was nötig und erforderlich ist. Selbstverständlich muß der Arzt dabei auch die Wirtschaftlichkeit im Auge haben. Maßstab sollte stets die Ausgewogenheit aller denkbar diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und der Ökonomie sein. Soviel wie nötig, und das so gut wie möglich – diese Herangehensweise des Arztes bei der Behandlung halte ich dringend für erforderlich.

Allerdings habe ich auch einen Vorschlag, der zu mehr Transparenz der ärztlichen Versorgung gegenüber den Patienten führen soll. Die ärztliche Abrechnung erfolgt gegenüber Patienten und Krankenkassen nach dem Vorbild der privaten Krankenversicherung.

Geradezu absurd finde ich die Forderungen von Herrn Fischer-Wasels, daß eine persönliche Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten vom Patienten getragen werden muß. Seiner Ansicht nach soll der mündige Bürger in entsprechenden Verträgen bei der Krankenversicherung selbst entscheiden, was er an Gesundheit wie hoch versichern will. Hier scheut Herr Fischer-Wasels nicht den fragwürdigen Vergleich der Krankenversicherung mit einer Diebstahl-beziehungsweise Feuerversicherung. Wo eine solche Praxis hinführt, sehen wir am Gesundheitswesen der USA. Dort ist bekannterweise ein großer Teil der Menschen überhaupt nicht krankenversichert und wird im Krankheitsfall mangels Geld nicht oder nur unzureichend behandelt. Dagegen stehen für eine Minderheit der Bevölkerung höchste medizinische Leistungen zur Verfügung.

So ein Ausstieg aus der Solidargemeinschaft hin zur Zwei-Klassen-Medizin kann nur auf schärfste abgelehnt werden.

Dr. med. Marlies Volkmmer, Mitglied des Sächsischen Landtages (SPD-Fraktion), Radeburger Straße 151, O-8090 Dresden >