

Sortis®: Versucht Pfizer die Politik zu erpressen?

Zu Beginn des Jahres sind die ersten Festbeträge zu patentgeschützten Arzneimitteln in Kraft getreten, darunter auch die zu den Statinen. Der Hersteller von Atorvastatin (Sortis®), die Firma Pfizer, hat bekanntlich den Preis für ihr Statin nicht gesenkt. Damit wurde eine Problematik in die Arztpraxen getragen, die in dieser Form bisher einmalig ist. Der Patient muss nun entscheiden, ob er bereit ist, den Differenzbetrag für seine Atorvastatin-Behandlung (pro Jahr etwa 200,00 Euro) aus eigener Tasche zu bezahlen oder ob er mit der Verordnung eines anderen Statins „zufrieden“ ist. Diese Entscheidung wird er in Absprache mit seinem Arzt treffen, und es ist anzunehmen, dass dieser wegen seiner Fachkenntnisse dabei die entscheidungsrelevanten Argumente einzubringen hat. *Er* muss entscheiden, welches Statin die adäquate Behandlung darstellt.

Zur Rekapitulation: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Juli 2004 die Einteilung der Festbetragsgruppen aufgrund einer fachlichen Empfehlung seines Unterausschusses Arzneimittel vorgenommen. Dieser Empfehlung lag auch eine sachverständige Beratung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zugrunde. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit hat die Entscheidung des G-BA nicht beanstandet, diese ist daher rechtmäßig. Die Krankenkassen haben daraufhin die Festlegung der Festbeträge vorgenommen.

Schon früh zeichnete sich ab, dass Pfizer die Entscheidung des G-BA nicht hinnehmen würde. Durch massive Interventionen bei vielen einzelnen an den Entscheidungen beteiligten (und auch nicht beteiligten) bis hinauf in das Bundeskanzleramt wurde Lobby-Arbeit betrieben. Schließlich nehmen etwa 2 % (sic!) der Bundesbürger das Präparat ein, und die Gewinne würden durch Festbeträge beträchtlich schrumpfen. Auch hat das deutsche Preisgefüge Signalcharakter für die Preise in den anderen europäischen Ländern.

Unterstützt hat der Hersteller seine Maßnahmen durch eine bundesweite Anzeigenkampagne, die wegen ihrer problematischen Aussagen („Ab Januar wird gespart. An der Gesundheit von Millionen Herz-Kreislauf-Patienten.“; „Zugang zum besten Cholesterinsenker erschwert“; „eine Entscheidung, die gegen das Gesetz verstößt“) nicht nur Verfahren der Aufsichtsbehörden gegen sich ausgelöst hat (Verstoß gegen das Heilmittelwerbegesetz). Die Kampagne erzeugt Angst und verunsichert in ethisch verwerflicher Weise die Öffentlichkeit. Gerade dieser letzte Aspekt ist umgehend und in unmissverständlicher Weise von der Bundesgesundheitsministerin moniert worden.

Ohne Frage haben wir es mit einem Kampf eines großen Industrieimperiums gegen unser Gesundheitssystem zu tun, wobei noch nicht feststeht, ob aus Sicht des Herstellers die Gegner vor allem die Politik, bestimmte Einrichtungen des Systems (G-BA, AkdÄ, Krankenkassen...), oder vor allem die Patienten sind. Gegenstand des Streits sind ökonomische Interessen und nicht etwa die beste Gesundheitsversorgung der Patienten. Kritische Fachkreise haben sich einhellig für die Richtigkeit der Einteilung der Festbetragsgruppen der Statine ausgesprochen, da nach den Kriterien des G-BA eine Herausnahme von Atorvastatin nicht zu rechtfertigen ist. Diese Einteilung wird auch einer gerichtlichen Überprüfung standhalten. Niemand wird bestreiten, dass eine neue wissenschaftliche Datenlage in Zukunft zu einer Überprüfung und ggf. auch Änderung der Einteilung führen kann.

Die entstandene Situation hat zu einer neuartigen Bewährungsprobe der Arzt-Patienten-Beziehung geführt, weil finanzwirksame Zuzahlungen des Patienten ins Spiel kommen. Die Entscheidung des verschreibenden Arztes, ob er seinem Patienten die Zuzahlung empfiehlt, damit dieser weiterhin Atorvastatin einnehmen kann, muss fachlich im Einzelfall begründbar sein. Sie muss sich an der wissenschaftlichen Datenlage orientieren, ob denn nun Unterschiede zwischen Atorvastatin und anderen Statinen bestehen oder nicht, und ob die individuelle Behandlungssituation eine Empfehlung rechtfertigt. Der Arzt muss sich also spätestens jetzt mit der einschlägigen Primärliteratur auseinandersetzen. Es genügt nicht, „auf Nummer Sicher“ zu gehen und Atorvastatin zu verschreiben, um sich nicht vorzuwerfen, etwas versäumt zu

haben. Dann hätte Pfizer sein Ziel erreicht, das System zu erpressen. Es ist allerdings auch nicht auszuschließen, dass bestimmte Patienten in bestimmten Situationen von Atorvastatin in bestimmten Dosierungen profitieren. Hier dürfen wir auf eine aktive fachliche Diskussion in den nächsten Monaten gespannt sein.

Und noch eins: Hat nicht der Arzt schon seit jeher die Verpflichtung, sich bei jeder Verschreibung mit der wissenschaftlichen Evidenzlage im Verhältnis zu den verursachten Kosten auseinander zu setzen („Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“)? Eine Verschreibung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (d. h. zu Lasten der Allgemeinheit der Versicherten) war und ist doch schon immer ein verantwortlicher Akt gewesen, wie er sich von einer positiven oder negativen Empfehlung von Atorvastatin, jetzt allerdings zu Lasten des privaten Geldbeutels, grundsätzlich nicht unterscheidet.

Wir meinen, dass sich Ärzteschaft und Patienten durch die neu entstandene Situation nicht auseinander dividieren, geschweige denn erpressen lassen dürfen. Wir fordern die Ärzte auf, sich mit den wissenschaftlichen evidenzbasierten Grundlagen ihrer Verschreibungsentscheidungen zu befassen, wobei die AkdÄ helfend zur Seite steht. Vergessen wollen wir dabei nicht, dass mit den Festbeträgen für patentgeschützte Arzneimittel ein notwendiges und effizientes, politisches Instrument zur Verfügung steht, die langfristige Finanzierbarkeit einer guten Arzneimittelversorgung zu gewährleisten.