

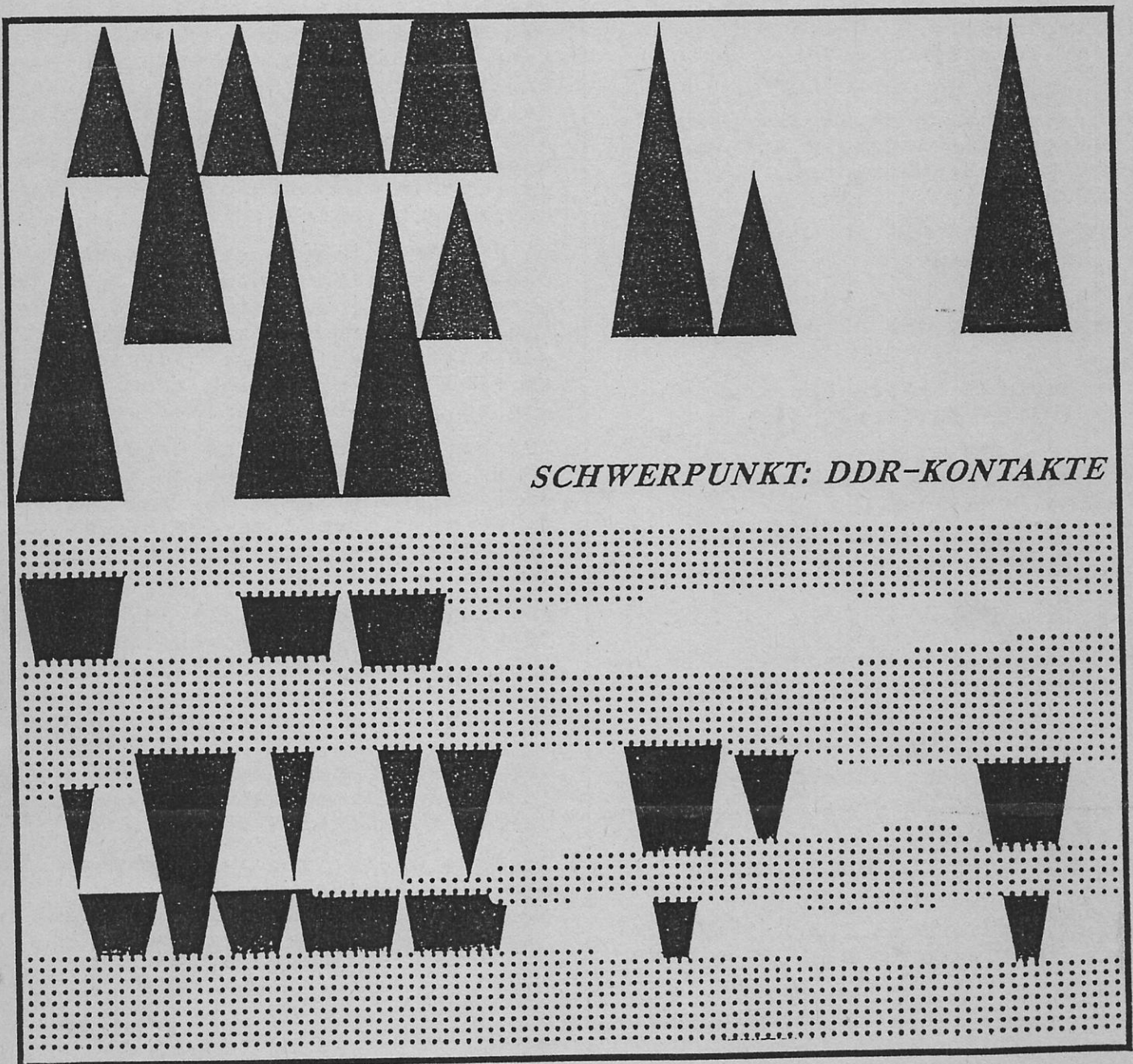
---

# VDPP - Rundbrief

NR 3 MAI 1990

---

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN



**SCHWERPUNKT: DDR-KONTAKTE**

**ANMELDUNG ZUR MV NOCH MÖGLICH !**



3	Bericht des Vorstandes (Gudrun Hahn)
4-6	Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. 4. 90 in Berlin
7-8	VDPP- Mitteilung zur Werbung für Insulin- Pens (Franz Kirchner)
9-12	Stellungnahme d. Öko- Instituts zum Gentechnikgesetz
13-22	"Festbeträge, Negativlisten, Richtgrößen ..." (Gerd Glaeske)
23-24 u. 29-32	"Der gemeinsame Markt und seine möglichen Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung" (G. Glaeske)
25-28	Geschäftsordnung
33-35	Arbeitspapier der AG Geschichte
36-39	Chemiewaffen- Abtransport (aus IPPNW- Rundbrief 31)
39	"In Frauenfragen Frauen fragen?" (Regina Schumann)
40	Neuredaktion des VDPP- Programms (R. Schumann)
41-42	Protokoll der außerordentl. Vor- standssitzung am 10. 3. in Berlin
43	Einladung zur VDPP- Aktion bei der deutsch-deutschen ABDA- Ver- anstaltung in Berlin
44-45	"Von Kollegen für Kollegen"
45-46	Aufruf des VDPP an die Kollegin- nen u. Kollegen in der DDR
47-48	Gemeinsamer Aufruf VDPP/VDÄÄ
49-50	Vergleichende Zahlen BRD/ DDR gps RECHERCHE & SERVICE

ist anscheinend doch nicht meine Stärke. Ich habe mich bemüht und ausgiebig gerechnet und gezählt, um die Geschäftsordnung in die Mitte des Rundbriefs und auch in die Mitte zwischen zwei Artikel zu plazieren - dachte ich. Jetzt befindet sie sich doch mitten im Artikel von Gerd Glaeske über den EG- Arzneimittelmarkt und Ihr nehmt sie am besten gleich heraus. Sie sollte zur MV mitgebracht werden, weil dort noch darüber abgestimmt werden muß.

Ansonsten ist die inhaltliche Abfolge hoffe ich einigermaßen logisch: los geht's wie immer mit dem Vorstandsbericht von Gudrun Hahn auf Seite 3, der auch das geänderte Programm für Schmittent hält. Danach das Protokoll der letzten Vorstandssitzung in Berlin, wo nochmals ausführlich über die MV gesprochen und auch diese Programmänderung beschlossen wurde.

Da die Arbeitsgruppenarbeit trotz DDR- Diskussion zentraler Punkt der MV sein soll, findet Ihr gleich anschließend Arbeitspapiere einiger geplanter oder vorgeschlagener AG's. Es sind aber natürlich Arbeitsgruppen zu jedem anderen Thema möglich.

Auf Seite 39 dann eine Veröffentlichung von Regina Schumann zur "Frauendiskussion" in Davos, und auf Seite 40 der Aufruf, an der Neufassung des VDPP- Programms mitzuarbeiten. Auch hier sind die AG's gefordert.

Zum Schluß noch einiges zum Thema "DDR": zuerst das Protokoll der außerordentlichen Vorstandssitzung, danach die Einladung zur VDPP- Aktion anläßlich der ABDA- Veranstaltung sowie Handzettel und Flugblätter. Abschließend vergleichende Zahlen aus dem Gesundheitswesen der beiden deutschen Staaten.

So, das war's. Ich verabschiede mich als Rundbriefredakteurin diesmal für etwas länger, nämlich bis zum nächsten Jahr ▲

Hanne Lederer  
c/o Stadtapotheke  
Espantorstr. 1  
7972 Isny

*Hanne Lederer*

Hamburg, 18.5.90

Liebe Mitglieder!

Sonnenschein erinnert mich oft an die Vereinsgründung!  
Fast ein Jahr ist es her, daß in Hamburg der VDPP gegründet wurde. Das heißt für uns vom Vorstand jetzt, zurückzublicken und Rechenschaft abzulegen über unsere Tätigkeit im letzten Jahr. Dieses werden wir auf der Mitgliederversammlung in Schmitten bei Frankfurt tun.

Für Spätentschlossene gibt es noch ein paar freie Betten. Weitere Übernachtungsmöglichkeiten können in der Umgebung besorgt werden.

Im Rundbrief Nr. 2 hatten wir Tagesablauf und Tagesordnung der MV bereits veröffentlicht. Aus aktuellem Anlaß haben wir uns für folgende Änderung des Tagesablaufs ausgesprochen:

Samstagvormittag: Informations- und Diskussionsveranstaltung mit DDR ApothekerInnen über Veränderungen im Apothekenwesen in Ost (und West?) aufgrund der Wiedervereinigungsdebatte.

Samstagnachmittag: Treffen in Arbeitsgruppen

Sonntagvormittag: Mitgliederversammlung

Zum Samstagmorgen haben wir vor allem die DDR KollegInnen eingeladen, die auf unseren Diskussionsaufruf vom 2. März 1990 geantwortet haben. Ich erwarte mir davon eine angeregte Diskussion.

Habe ich jetzt Einigen Lust gemacht, doch zu kommen?

Lustvoll war jedenfalls das Frauenseminar in Kaufungen vor einer Woche!

Ich freue mich, Euch in Schmitten zu treffen!

Gudrun Hahn

PROTOKOLL der Vorstandssitzung am 28. 4. 90 in Berlin

Beginn: 10 Uhr 55

Anwesende Vorstandsmitglieder:

Uli Breckheimer, Gerd Dieckvoß, Gerd Glaeske, Gudrun Hahn,  
Franz Kirchner, Hanne Lederer, Regina Schumann

Außerdem anwesend:

Thomas Hammer, Volker Kluy, Udo Puteanus

1) Versammlungsleitung: Gudrun Hahn

Protokoll: Hanne Lederer

2) Protokolle der letzten Vorstandssitzungen:

Protokoll Hoechst Dez. 89: genehmigt ohne Gegenstimmen

Protokoll Berlin 10. 3. 90: " " "

3) Berichte des Vorstands.

Gudrun Hahn:

Aktueller Mitgliederstand des VDPP: 120 (davon 2 aus der DDR)

Von Frau Arnold (Pharm. Ztg.) wurde dem VDPP der Aufruf "Bundesrepublik ohne Armee" zugesandt mit der Bitte um Unterstützung. Es handelt sich um eine Unterschriftenaktion für eine Petition beim Bundestag. Der Aufruf soll dem nächsten Rundbrief beiliegen. Th. Hammer fordert genügend Exemplare an und schreibt an Frau Arnold. Der Aufruf wurde von den Anwesenden unterzeichnet.

Das aktuelle "Gen- Info" der Grünen wurde ebenfalls der Geschäftsstelle in Hamburg zugeleitet. Franz K. übernimmt die Bearbeitung und kürzt evtl. für den nächsten Rundbrief.

Regina Schumann:

Hat zum Frauenseminar in Davos einen Beitrag für die DAZ geschrieben.

Hanne Lederer:

Bittet um Beurlaubung von ihrem Posten von Juli bis Dezember 90 wegen Auslandsaufenthalt. Es muß eine Vertretung für den Rundbrief gefunden werden.

Gerd Glaeske:

Macht den Vorschlag, daß 1 Person bezahlt für den Verein arbeitet, schreibt, archiviert etc., vor allem also inhaltliche Arbeit leistet. Dies würde den Arbeitsablauf innerhalb des Vereins wesentlich effektiver gestalten. Es wurde die bezahlte Stelle eines Geschäftsführers ins Auge gefaßt.

Uli Breckheimer:

Erläutert den gegenwärtigen Stand der Finanzen. Der Finanzbericht des Vereins muß demnächst auch dem Finanzamt vorgelegt werden. Für die MV im Juni will Uli eine aktuelle Fassung erarbeiten. Näheres siehe 4).

#### 4) Finanzbericht

Der Punkt "Reisekosten", der im Moment ca. 15 % des Etats ausmacht, soll bei der MV nochmals zur Diskussion gestellt werden.

Die Namen der Mitglieder, die ihre Beiträge noch nicht bezahlt haben, sollen zwischen Uli und der Geschäftsstelle abgeklärt werden. Dann sollen die Betreffenden eine freundliche Zahlungserinnerung bekommen.

#### 5) Berichte aus den Regionalgruppen

Franz Kirchner/ Hessen:

Zu den regionalen Treffen finden sich alle 6 - 8 Wochen ca. 10 Personen ein. Das nächste Treffen soll zur MV im Juni angesetzt werden. Man beschäftigt sich im Moment vorwiegend mit Kammerpolitik und faßt für die fernere Zukunft auch eine Kandidatur ins Auge.

Volker Kluy/ NRW:

Es wurden bisher keine Kontaktwünsche an ihn herangetragen, er selbst hat keine Aktivitäten in dieser Richtung initiiert. Bei der Kammerwahl erhielt seine sehr spontan aufgestellte Liste auch ohne Wahlkampf auf Anhieb 2 Sitze. Schwerpunkt der Aktivitäten innerhalb der Delegiertenversammlung: Fortbildung und PJ.

#### 6) Geschäftsordnung

Der Entwurf von Regina wird besprochen und korrigiert. Er soll im nächsten Rundbrief veröffentlicht und auf der MV im Juni verabschiedet werden.

#### 7) Mitgliederversammlung

Stand der Organisation: bisher knapp 30 Anmeldungen, es sind also noch Plätze frei. Franz will aber trotzdem zusätzlich Privatquartiere organisieren, da mit Sicherheit noch einige verspätete Anmeldungen kommen.

Das Programm soll aufgrund der aktuellen Entwicklung so geändert werden, daß am Samstag vormittag Zeit für DDR- Information und -Diskussion ist. Das geänderte Programm erscheint im Rundbrief. Es sollen auf alle Fälle Teilnehmer und mindestens 1 Referent aus der DDR eingeladen werden.

Arbeitsgruppen:

Pharmaziegeschichte (Arbeitspapier im Rundbrief)  
EG- Problematik/ ( " " " )  
Gesellschaft und Gesundheit  
Gentechnik  
Frauen  
Regionalgruppe Hessen

Weitere können sich je nach Interesse an Ort und Stelle bilden.

Neuwahlen: Susanne Meyer tritt von ihrem Posten als geschäftsführender Vorstand zurück. Es ist bisher noch kein(e) Nachfolger(in) gefunden. Maria Prell, die nicht anwesend ist, soll gefragt werden, ob sie den Posten für ein Jahr übernehmen will.

#### 8) DDR

Der VDPP hat inzwischen einige Zuschriften aus der DDR erhalten. Sie sollen einzeln beantwortet werden, wobei Interesse an weiterem Kontakt signalisiert und eine Einladung zur MV ausgesprochen wird.

DDR- Veranstaltung der ABDA in Berlin:

Fand mit Beteiligung des VDPP statt. Die Apotheke am Funkturm hatte ein Schaufenster zum Thema gestaltet, es gab Redebeiträge und es wurden Flugblätter verteilt.

Beteiligung am VDÄÄ- Aufruf zur DDR- Problematik wurde abgelehnt. Statt dessen soll im Anschluß an die DDR- Diskussion auf der MV eine eigene Presseerklärung herausgegeben werden.

#### 9) Programmneufassung

In ca. 6 Monaten bis einem Jahr wird eine Neuauflage des Programms erforderlich, da nur noch 500 von ursprünglich 3500 Exemplaren übrig sind. Es müssen dabei einige Programmpunkte aktualisiert und andere neu aufgenommen werden. Die Beitrags- und die Geschäftsordnung müssen eingefügt werden. Regina Sch. übernimmt in Zusammenarbeit mit Thomas Schulz- Schalge die Neuredaktion. Einzelne Programmpunkte sollen von betreffenden AG's bearbeitet werden. Vergabe der Teilbereiche, neue Programmpunkte und endgültige Regelung des Verfahrens auf der MV. Außerdem ist zu überlegen, ob Programme in Zukunft nur noch gegen einen Unkostenbeitrag abgegeben werden.

#### 10) Geschäftsstelle

Es wird eine bezahlte Aushilfe für ca. 12 Std. im Monat à 15 DM fest engagiert (Gudrun Meyburg).

#### 11) Apothekertag in Düsseldorf

Ein Stand in guter Lage (neben dem Deutschen Apotheker Verlag) ist angemietet. Über Themen und Ausgestaltung wurde noch nichts beschlossen. Sabine Becker und Volker Kluy sollen die Organisation vor Ort übernehmen und brauchen dringend noch Unterstützung.

#### 12) Frauenseminar in Kaufungen

Es sind inzwischen 21 Frauen angemeldet, davon 2 aus der DDR.

#### 13) EG- Seminar

Der gemeinsame Termin mit der Gesundheitsakademie klappt nicht. Das Seminar findet voraussichtlich im November in Bremen statt.

#### 14) FCKW

Die Kontakte mit der Initiative von Dr. Sintenis sollen weiter aufrechterhalten werden.

#### 15) Katastrophenschutzergänzungsgesetz

Außer einem obskuren Brief aus der Schweiz keine Reaktionen auf den offenen Brief an den Bundespräsidenten.

#### 16) Rundbrief

Der nächste soll noch Ende Mai vor der MV erscheinen. Dann muß für 6 Monate eine Vertretung gefunden werden. Volker Kluy wäre bereit, Susanne Meyer soll gefragt werden.

#### 17) Sonstiges

Franz schreibt eine Stellungnahme des VDPP zu den Werbekampagnen für Insulin- Pens (= Humaninsulin) an DAZ und Ph. Ztg.

Nächste Vorstandssitzung: 15./ 16. 9. 90 in Düsseldorf

Ende der Sitzung: 20 Uhr

Werbung für Insulin-Pens patientengefährdend

Die Zahl der mit Humaninsulin behandelten Diabetiker hat sich in den letzten Jahren erheblich gesteigert. Zu dieser Entwicklung haben die Insulinhersteller durch gezieltes Marketing maßgeblich beigetragen.

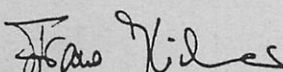
Das Bundesgesundheitsamt hat seit 1987 mehrfach darauf hingewiesen, daß die Intensität hypoglykämischer Symptome unter Humaninsulin signifikant geringer sein kann und eine Umstellung medizinisch begründet sein muß (vgl. BGA-Presse-dienst 37/1989). Außer in den seltenen Fällen einer Insulin-Resistenz oder Allergie gegen tierisches Insulin gibt es keine gerechtfertigte Indikation für Humaninsulin. Klinische Vorteile in der Behandlung insulinpflichtiger Diabetiker sind bei der Verwendung von Humaninsulin nicht nachweisbar. Allenfalls die Ersteinstellung jugendlicher Typ-1-Diabetiker erscheint vertretbar.

Mit der Werbung für die Injektionshilfen NovoPen und OptiPen versuchen die Anbieter nun erneut, die Nachfrage nach Humaninsulin zu steigern. Die durchaus praktikablen Injektionshilfen werden nur mit Humaninsulin-Patronen angeboten. Niedergelassene Ärzte und Apotheker werden durch begleitende Werbemaßnahmen dazu veranlaßt, ihre Diabetiker zum Gebrauch der Pens und damit zu einem Wechsel auf Humaninsulin zu bewegen. Inzwischen sind bereits mehrere Meldungen von Patienten dokumentiert, die nach einer derartigen Umstellung wegen schwerer Hypoglykämien stationär behandelt werden mußten (Anlage).

Wir halten daher die Pen-Werbung, die keinen Unterschied zwischen Ersteinstellung und Umstellung macht, für patientengefährdend und fordern die Hersteller auf, entsprechende Pen-Patronen auch mit hochgereinigtem Schweineinsulin anzubieten.

Bis dahin bitten wir alle Kolleginnen und Kollegen im Interesse ihrer Diabetes-Patienten, von einer Anwendung des Pens abzuraten, soweit er mit einem Wechsel der Insulinspezies verbunden ist.

Für den VDPP

  
Franz Kirchner

Franz Kirchner  
Hilligengasse 13  
6230 Frankfurt 80

Konten  
 Commerzbank Leitzin AG, BLZ 258 480 481  
 Kto.-Nr. 5630 009  
 Volksbank Bevensen, BLZ 258 618 300, Kto.-Nr. 50 55 230  
 Postbank Hannover, BLZ 250 100 301  
 Kto.-Nr. 335 45-707  
 Institutskontenzeichen 300 330 343  
 Telefon: (0 58 21) 8 70  
 Durchwahl (0 58 21) 47

Vorhinein Zuschriften ausschließlich an die Klinik und nicht an Einzelpersonen zu richten

Bad Bevensen, den 05.10.89  
 am Klauenbich 12  
 Dr. v. Kr./A.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
 sehr geehrter Herr Kollege,

für Ihre Rückfrage bedanken wir uns und möchten Ihnen mit diesem Blatt die Hintergrundinformation zu unserem P.S. geben. Die Fa. Hoechst benutzt den Optipen als Vehikel, um möglichst viele Patienten an ihr Insulin zu binden. Insuline anderer Hersteller passen in dieses Gerät nämlich nicht. Sie geht folgendermaßen vor:

Der niedergelassene Arzt wird vom Pharmaberater der Fa. Hoechst angesprochen, ob er nicht seine Insulinspritzenden Diabetiker zu einer Informationsveranstaltung einberufen wolle, in der der Pharmaberater das neue Gerät Optipen vorstellen würde. Derartige Veranstaltungen seien schon in über hundert Praxen gelaufen und es könne ja sein, daß sich seine Patienten beklaugen würden, daß sie bei ihm nicht derartige Veranstaltungen geboten bekommen. Der Arzt schreibt dann seine Diabetiker an und ist entweder bei der Veranstaltung dabei oder führt den Pharmaberater nur kurz ein. Der Pharmaberater führt die "Informationsveranstaltung" durch und fragt am Ende, wer in Zukunft mit dem Optipen spritzen möchte. Die Patienten, die dieses möchten es sind nach Aussage eines Kollegen die meisten -, erhalten einen Pen und Insulinpatronen einer Sorte entsprechend einer Tabelle (s. Anlage) "mit einer Einteilung in Präparatgruppen, die vom Wirkungsablauf gleich oder vergleichbar sind, ..." (Schreiben der Fa. Hoechst vom 12.06.89). Dabei werden die Patienten dann auf Insuline anderer Mischungsverhältnisse, anderer Galeniken und/oder sogar anderer Spezies umgestellt. Der meist nicht diabetologisch ausgebildete Kollege unterschreibt dem Pharmaberater dann entsprechende Rezepte - so die Schilderung eines betroffenen Kollegen.

Wir haben inzwischen mehrere Meldungen von Patienten - nicht nur aus Niedersachsen -, die nach einer derartigen, durch den Pharmaberater der Fa. Hoechst vorgenommenen, Insulinumstellung stationär behandelt werden mußten. Ein Patient kam nach drei Tagen in ein Präkoma (!). Die Kosten tragen natürlich die Krankenkassen.

Wir halten das Vorgehen der Fa. Hoechst für patientengefährdend. Zu Ihrer Information haben wir auch eine Tabelle beigefügt, aus der ersichtlich ist, welche Fehler beim Benutzen von Pens uns bisher bekannt geworden sind, damit Sie auf derartige Fehlermöglichkeiten achten können. Außerdem fügen wir eine Vergleichsrechnung bei, die zeigt, daß die Benutzung des Optipen deutlich teurer ist als das Verwenden von Insulinspritzen.

Mit freundlichen Grüßen

  
 (Dr. E. v. Kriegstein)  
 Leitender Arzt

  
 (Dr. H.-J. Wedemeyer)  
 Oberarzt

Konventionelle Insulintherapie:

morgens 26 E - abends 14 E Depot H

mit Optipen 2 Diff. Spritze

Apothekenverkaufspreis

(Stand 01.11.1989) 2,41 DM / 40 E 0,21 DM 2,20 rDM

Ampulleninhalt 300 E 400 E

Insulinentnahme f. morgens 28 E 2 26 E

(+ 2 E = 1 Klick vor DosisEinstellung aus Sicherheitsgründen erforderlich)

f. abends 16 E 2 E 14 E

(+ 2 E s.o.)

Verlust durch Ampullenwechsel:

nach 6 Tagen a' 44 E: 264 E evtl. 10 E

+ eine Abenddosis 16 E

Rest: 20 E

oder + eine Morgendosis 28 E

Rest 8 E

Verbrauch nach 13 Tagen

evtl. 533 E

Preis 600 E 6,83 DM 29,32 DM

RVO-Preis Optipen-Nadeln 36,15 DM 0,428 DM

RVO-Preis teuerste Spritze 0,5179 DM

(aber auch erhältlich für 0,423 DM

Neue Nadel/Spritze bei jeder Inj. 5,56 DM 1,17 DM 6,73 DM

bei 5 maligem Gebrauch: 0,23 DM

Therapiepreis 13 Tage 41,71 DM 36,05 DM

" 365 Tage 1.171,09 DM 1.012,17 DM

Minimale Differenz pro Jahr

158,92 DM



Freiburg, im Mai 1990

## Stellungnahme des Öko-Instituts Freiburg/Darmstadt zur Gentechnologie und zum Gentechnikgesetz

Ende März 1990 hat der Deutsche Bundestag das Gentechnikgesetz verabschiedet. Ziel dieses Gesetzes ist der Schutz vor möglichen Gefahren der Gentechnik, aber gleichzeitig auch die Förderung dieser Technologie. Es ermächtigt die Bundesregierung zum Erlaß zahlreicher Verordnungen (z.B. der Sicherheitsverordnung), in denen wesentliche Definitionen vorgenommen und Gegenstandsbereiche geregelt werden. In der Begründung zu der vom Kabinett verabschiedeten Sicherheitsverordnung heißt es:

"Der Schutz der menschlichen Gesundheit orientiert sich am grundsätzlich immunkompetenten Menschen, der Schutz der Umwelt und der Beschaffenheit des Naturhaushalts, von Wasser, Boden und Luft, Klima, Tieren, Pflanzen oder Mikroorganismen an großflächigen natürlichen oder bewirtschafteten Flächen, nicht dagegen an einzelnen Organismen."

Wir halten eine solche Formulierung für außerordentlich problematisch, da einerseits ganze Bevölkerungsgruppen, nämlich diejenigen, die unter Schwächen oder Störungen des Immunsystems leiden, nicht unter den Schutz dieses Gesetzes fallen, und andererseits nur eine großflächige Schädigung, nicht aber die Schädigung und Dezimierung einzelner Arten als Risiko im Sinne des Gesetzes interpretiert wird. Letzteres steht im deutlichen Gegensatz zu den Anstrengungen im Artenschutz und widerspricht den Zielen und Grundsätzen der Naturschutzgesetze. Darüber hinaus

- ist die Beteiligung der Öffentlichkeit bei der Genehmigung gentechnischer Arbeiten und Produktionsanlagen in vielen Fällen nicht notwendig;
- gibt es kaum Ermessensspielraum für die Genehmigungsbehörden, problematische oder risikoreiche Vorhaben abzulehnen;
- werden Freisetzungen gentechnisch veränderter Organismen in die Umwelt ermöglicht und kann deren Genehmigung in bestimmten Fällen ohne die Beteiligung der Öffentlichkeit erfolgen;
- wird das Inverkehrbringen gentechnischer Produkte oder gentechnisch manipulierter Organismen ohne Anhörung der Öffentlichkeit erfolgen;
- gibt es keine Kennzeichnungspflicht für gentechnisch hergestellte Produkte oder Präparate;
- behält die Zentrale Kommission für biologische Sicherheit (ZKBS) ihre entscheidende Funktion bei der Risikoeinschätzung gentechnisch veränderter Organismen. Ihre Arbeit findet weiterhin unter Ausschluß der Öffentlichkeit statt, die explizite Beteiligung von Umweltverbänden und der Gentechnik kritisch gegenüberstehenden WissenschaftlerInnen ist nicht vorgesehen.

Angesichts dieser gravierenden Mängel warnen wir und appellieren an den Bundesrat, dem Gentechnikgesetz und den zugehörigen Rechtsverordnungen in der vorliegenden Fassung nicht zuzustimmen.

Im Januar dieses Jahres veröffentlichten WissenschaftlerInnen und ÄrztInnen eine befürwortende Stellungnahme zur Gentechnologie (im Folgenden: die Stellungnahme der Befürworter), in der sie ihre Position zu verschiedenen in der Öffentlichkeit kontrovers diskutierten Problembereichen darlegen und an den Gesetzgeber appellieren, der Weiterentwicklung dieser Technologie keine unnötigen Hindernisse in den Weg zu legen. Ebenso wandten sich die Präsidenten der Wissenschaftsorganisationen und Großforschungseinrichtungen mit einem Schreiben an die Fraktionsvorsitzenden des Deutschen Bundestages, um vor der letzten Lesung des Gentechnikgesetzes noch einmal ihre Befürwortung zu bekunden.

Wir verstehen diese Stellungnahmen als Beitrag zum öffentlichen Diskurs, teilen aber die meisten der in ihnen zum Ausdruck gebrachten Positionen entschieden nicht. Wir vertreten vielmehr die Auffassung, daß in den beiden Erklärungen weder die Risiken noch die gesellschaftlichen Kosten der Gentechnologie adäquat beschrieben werden. Stattdessen wird das Nutzen- und Therapiepotential der Gentechnologie in einer für die gängige Wissenschaftseuphorie typischen Weise überbetont. Wir halten das für fahrlässig. Um im Folgenden die wesentlichen Probleme anzusprechen:

1. Wir sehen einen engen Zusammenhang zwischen Fortpflanzungsmedizin und Gentechnik. Die Techniken der künstlichen Befruchtung und des Embryotransfers tragen im Gegensatz zu häufig geäußerten Behauptungen nicht dazu bei, Leiden zu mindern. Die Erwartungen der kinderlosen Frauen und Paare werden nur in max. 15 Prozent der Fälle erfüllt, häufig treten seelische und gesundheitliche Schäden auf, neues Leiden wird geschaffen. Der Nutzen dieser sog. Reproduktionstechniken ist also äußerst fragwürdig. Dennoch wird er immer wieder zur Legitimation einer ganzen Forschungsrichtung herangezogen, die das Einfallstor für den Einsatz gentechnischer Methoden in der Embryonenforschung bildet. Der in der Stellungnahme der Befürworter formulierte Verweis darauf, keine Eingriffe in die menschliche Keimbahn vornehmen zu wollen, lenkt von der Problematik des Einsatzes gentechnischer Methoden in diesem Bereich ab, die nicht erst bei der Manipulation, sondern bereits bei der diagnostischen Selektion "geeigneten" Erbmaterials beginnt.

Wir halten es deshalb nicht für hinreichend, gentechnische Manipulationen an menschlichen befruchteten Eizellen und Embryonen erst dann abzulehnen, wenn es sich dabei um Eingriffe in die menschliche Keimbahn handelt. Vielmehr stellt sich hier die Frage nach der Legitimität der wissenschaftlich-technischen "Nutzung" grundsätzlich: schon die Bereitstellung von menschlichen Embryonen im Rahmen der künstlichen Befruchtung ist das Resultat außerordentlich fragwürdiger Eingriffe. Wir halten die Techniken der künstlichen Befruchtung und des Embryonentransfers nicht für geeignet, den Problemen von Unfruchtbarkeit und Kinderlosigkeit wirkungsvoll zu begegnen und lehnen jedwede Manipulation menschlicher Keimzellen ab.

2. Unverständlich ist die Halbherzigkeit in der Stellungnahme der Befürworter in Bezug auf die Genfer Konvention zur Lagerung und Weiterverbreitung von biologischen Waffen. Dieser Konvention zufolge ist militärisch-biologische Forschung - sei sie aggressiv oder defensiv - politisch völlig legitim. Die Konvention schließt also die Forschung ausdrücklich nicht mit ein, von daher lassen sich aus ihr keine Maßstäbe für wissenschaftliches Handeln ableiten.

Wir appellieren an den Gesetzgeber, jedwede B-Waffen-Forschung einschließlich der sogenannten Defensivforschung, sowie jegliche

gentechnische Forschung in Militäreinrichtungen oder mit Mitteln des Militärhaushaltes gesetzlich zu unterbinden und eine Liste aller bisher mit Geldern aus Militäretats finanzierten gentechnischen Projekte umgehend zu veröffentlichen.

3. Im Gentechnikgesetz wird im Prinzip davon ausgegangen, daß sich das Risikopotential gentechnisch veränderter Organismen als Summe der Eigenschaften von Gen-Empfänger und übertragenem Gen beschreiben läßt. Dieser Grundsatz und die darauf aufbauende Praxis reichen u.E. nicht aus, um Komplexität und Dynamik sowohl des Zusammenspiels der Erbanlagen, als auch der Wechselwirkung zwischen Organismus und Umwelt zu erfassen. 'Harmlose' Genkombinationen können in neuen genetischen und ökologischen Kontexten unerwartete und problematische Wirkungen zeigen.

In der Stellungnahme der Befürworter wird die Absicht erklärt, Risikoforschung "wo immer angebracht" zu betreiben. Angesichts der globalen Gefährdung unserer Lebensgrundlagen kann es jedoch nicht mehr darum gehen, daß Wissenschaftler darüber entscheiden, ob Risikoforschung gemacht werden soll. Dies sollte heute eine mehr als selbstverständliche Voraussetzungen jeder technologischen Entwicklung sein. Vielmehr geht es um das Wie, um die Grundlagen und die Grenzen der Aussagekraft der entsprechenden wissenschaftlichen Untersuchungen, und um die Vertretbarkeit und Akzeptierbarkeit der verbleibenden Risiken. In öffentlichen Genehmigungsverfahren für gentechnische Produktionsanlagen hat sich dann auch gezeigt, daß viele für die Einschätzung des Risikopotentials relevante Faktoren weder von den Betreibern, noch von der ZKBS oder den Genehmigungsbehörden berücksichtigt worden waren. Wir fordern den Gesetzgeber auf, diese notwendige Diskussion nicht durch Ausschluß der Öffentlichkeit aus den für die Risikofragen relevanten Bereichen der Genehmigungsverfahren zu verhindern!

4. Fragen nach den langfristigen ökologischen und evolutionären Konsequenzen der Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen in die Umwelt sind außerordentlich komplex und kaum abschließend beantwortbar. Die Defizite im Bereich des ökologischen Wissens verschärfen diese Problematik, die in der Stellungnahme der Befürworter nicht einmal erwähnt wird. Angesichts von international bereits über 190 bekanntgewordenen Freisetzungen gentechnisch veränderter Organismen erscheint deshalb die Zusicherung, in diesem Bereich mit Umsicht vorgehen und Kriterien für eine aussagekräftige Sicherheitsforschung erst entwickeln zu wollen, um sich dann für deren internationale Akzeptanz einzusetzen, wenig glaubhaft.

Unserer Auffassung nach ist es unverzichtbar, die langfristigen ökologischen Risiken solcher Eingriffe in die Ökosysteme zu untersuchen, bevor es zu weiteren Freisetzungen kommt. Wir fordern den Gesetzgeber auf, die Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen gesetzlich zu unterbinden bis eine angemessene Risikoforschung stattgefunden hat. Angesichts der möglichen großen Reichweite von solchen Experimenten in und mit der Umwelt darf eine Entscheidung über das Ob und Wie von Freisetzungen nur vor dem Hintergrund qualifizierten Wissens über die möglichen ökologischen Auswirkungen und die Grenzen unseres Wissens erfolgen.

5. Ein verantwortungsvoller Umgang mit neuem Wissen und neuen Technologien erfordert nicht nur, die biologischen Risiken, sondern auch die sozialen Kosten zu berücksichtigen, die ihre Anwendung in der Gesellschaft mit sich bringt. Wir begrüßen in diesem Zusammenhang das eindeutige Votum für die gesetzliche Festschreibung des Prinzips der Freiwilligkeit und Selbstbestimmung in der Genomanalyse auf allen Anwendungsfeldern. Doch darf nicht übersehen werden, daß schon die Verfügbarkeit

neuer analytischer Instrumentarien in der Humangenetik die gesellschaftliche Einstellung zum Menschen ändert. Unter Ausblendung biographischer, sozialer und gesellschaftlicher Zusammenhänge werden Menschen nur noch von ihren genetischen Eigenschaften her gesehen. Wer könnte es noch wagen, die immer umfassender werdende Gendiagnostik nicht in Anspruch zu nehmen und ein behindertes Kind zu haben? Diese Tendenz diffamiert jede und jeden Behinderten.

Wir appellieren an den Gesetzgeber, alle gesetzlichen Möglichkeiten zu nutzen, um eine (Wieder-)Belebung biologistischer, eugenischer und rassistischer Ideologien in unserer Gesellschaft zu unterbinden. Wir fordern ihn weiterhin auf, die sozialen Kosten, die mit der zunehmenden Kommerzialisierung, Patentierung und Privatisierung der weltweiten genetischen Ressourcen einhergehen, bei der Gesetzgebung zu bedenken.

6. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden, weitreichenden ökologischen und gesellschaftlichen Folgen der Nutzung gentechnischer Methoden, Verfahren und Produkte halten wir die im Gentechnikgesetz vorgeschlagenen Regelungen für unzureichend und der Reichweite der Problematik nicht angemessen. Die Übernahme persönlicher Verantwortung ist, wie sie in der Stellungnahme der Befürworter zum Ausdruck kommt, ein zu schwaches Instrument, um den Herausforderungen gerecht zu werden, die die Gentechnik an unsere ethischen, politischen und wissenschaftlichen Kompetenzen stellt.

Wir appellieren an den Gesetzgeber, dort, wo Lebens- und Zukunftssinteressen aller betroffen sind, nicht kurzfristige ökonomische Interessen zum Maßstab gesetzgeberischen Handelns zu machen, sondern die das Handeln bestimmenden ethischen und politischen Positionen offen zu legen und dem gesellschaftlichen Diskurs zugänglich zu machen. Als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler fordern wir den Gesetzgeber auf, diejenigen wissenschaftlichen Disziplinen und Institutionen zu fördern, die

- in der Lage sind, die Risiken und gesellschaftliche Konsequenzen der Gentechnologie zu untersuchen und darzustellen;

- es sich zur Aufgabe gemacht haben, alternative Strategien und Methoden zur Bearbeitung medizinischer, ökologischer und gesellschaftlicher Probleme zu entwickeln;

- den Prozeß der Wissensproduktion und seine Abhängigkeiten von ökonomischen, politischen und kulturellen Rahmenbedingungen selber zum Gegenstand der Untersuchung machen, um so Unabhängigkeit und Kompetenz der gesellschaftlichen Urteilsbildung zu fördern. Wissenschaft darf nicht zur Akzeptanzbeschaffung mißbraucht werden.

Diejenigen, die die Stellungnahme der Befürworter unterzeichnet haben, verpflichten sich, den Dialog mit der Öffentlichkeit fortzusetzen. Wir begrüßen diese Selbstverpflichtung. Wir gehen davon aus, daß sie mehr ist als eine symbolische Geste. Deshalb appellieren wir an die Förderungs- und Selbstverwaltungsorganisationen der Forschung und an die Regierungen in Bund und Ländern, sich für die Etablierung von Institutionen und Verfahren einzusetzen, innerhalb derer wissenschaftliche und normative Kontroversen bearbeitet werden können, ohne dabei kritische und skeptische Stimmen auszugrenzen, damit dem vorhandenen wissenschaftlichen und ethischen Pluralismus Rechnung getragen werden kann. Es müssen Formen der Kontrolle gefunden werden, bei denen die Bedürfnisse der Betroffenen, die Interessen der Betreiber und die fachliche Kompetenz der WissenschaftlerInnen in einen öffentlichen Diskurs eingebunden werden.

**Festbeträge, Negativliste,  
Richtgrößen - politische  
Muskelspielchen oder wirksame  
Steuerungsinstrumente?**

von Gerd Glaeske

**1. Festbeträge - eine "geniale Teufelei"?**

Der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie hat die Festbetragsregulierung des "Gesundheitsreformgesetzes (GRG)" als "geniale Teufelei" bezeichnet. Im § 35 des GRG wird nämlich folgende Regelung festgeschrieben:

"(1) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen,
2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
3. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefaßt werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind.

(5) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten."

Damit kann von den Spitzenverbänden der Krankenkassen ein Preisniveau für die Arzneimittelversorgung festgesetzt werden, das sich vor allem an kostengünstigeren Nachahmerprodukten (Generika) orientierte.

Der Arzneimittelmarkt kam tatsächlich nach Festsetzung der bislang 15 Festbeträge (am 1. Juli 1990 folgen weitere 28) in Bewegung, die hohen Preise vieler Arzneimittel mußten auf Festbetragsniveau abgesenkt werden, damit überhaupt noch ein Umsatzanteil gehalten werden konnte. Begonnen wurde mit der Umsetzung der Stufe 1: Identische Wirkstoffe. Für zehn Wirkstoffe von insgesamt 130 waren zum 1. September 1989 Festbeträge festgesetzt worden (Beta-Acetyldigoxin, Bromazepam, Diclofenac, Glibenclamid, ISDN, ISMN, Nifedipin, Oxazepam, Triamteren+Hydrochlorothiazid, Verapamil), für weitere fünf Wirkstoffe war der 1. Januar 1990 "Festbetragstag" (Allopurinol, Dihydroergotamin, Dihydroergotoxin, Pentoxifyllin, Piracetam). Bereits mit den ersten zehn Wirkstoffen wurde ein Umsatzvolumen bei den Krankenkassen von rd. 2 Milliarden DM abgedeckt, die errechneten Einsparungen sollten 420 Millionen DM ausmachen. Davon kommen den Patienten durch die Einsparung der Rezeptblattgebühr von 3,- DM je verordnetem Arzneimittel 140

Millionen DM zugute, der Restbetrag sollte sich als Einsparung der Krankenkassen bemerkbar machen.

Auch bei der zweiten Tranche konnten Einsparungen im Segment der einzelnen Wirkstoffe erwartet werden: Die Firma Sandoz hatte z.B. bereits am 16. November angekündigt, daß sie ihre Preise für Hydergin (Dihydroergotoxin) und für Dihydergot (Dihydroergotamin), wenn auch "schweren Herzens" auf den Festbetrag absenken wird - in beiden Fällen liegt die Preissenkung zwischen 30 und 33%. In der Begründung des Herstellers für diesen Schritt heißt es: "Zuzahlung durch den Patienten war für uns eine Alternative, über die wir nachgedacht haben. Aber wir kommen an der Realität nicht vorbei und die heißt: Eine Zuzahlung wird nicht akzeptiert. Wir haben für diese Haltung Verständnis; auch wenn sie uns das Leben schwer macht."<sup>1</sup>

### "Das Original zum Festbetrag" - aber nur gegen Kompensationen

Bundesarbeitsminister Norbert Blüm betrachtet derartige Preissenkungen als ureigenen Erfolg seiner Festbetragsregelung, die er oft genug als eines der Herzstücke des GRG gepriesen hat.<sup>2</sup> Die Krankenkassen bekommen erstmals deutliche Nachfragermacht gesetzlich verankert, pharmazeutische Hersteller der zumeist betroffenen "Originalpräparate" befinden sich in der ökonomischen Zwickmühle: Preise nicht abzusenken bedeutet drastische Umsatz- und Marktplazierungsverluste, Preise abzusenken bedeutet ebenfalls Umsatzverluste, aber mit der aufgrund des Herstellerimage genährten Hoffnung auf gleichbleibende Präparateabsatzmengen. Sätze wie: "Das Original zum Festbetrag" (Boehringer-Mannheim oder Thomae) sollen diese Wunschvorstellungen realisieren helfen.

Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIDO) unterstützte die Frohlockungen des Bundesarbeitsministers: "Insgesamt läßt sich (...) ein durchschlagender Erfolg der Festbetragsfestsetzung ablesen. Auf den gesamten GKV-Arzneimittelmarkt bezogen sanken die Preise am 1. September 1989 um durchschnittlich rd. 1,6%. Derartige Preiseinbrüche hat es in der langen Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht gegeben."

Bis hierher könnten sich die politisch Verantwortlichen noch genüßlich zurücklehnen. Das Zitat geht aber weiter: "Dieser Erfolg könnte allerdings schnell verspielt sein. Das Gegenmittel der Pharmaindustrie heißt "Kompensation": Vorweggenommene Preiserhöhungen, Anhebungen der Preise im festbetragsfreien Sortiment. Sollte hiermit ein Trend signalisiert sein, sollte dies nur der Beginn einer breit angelegten Kompensationsstrategie der Industrie sein, so dürfte bereits jetzt der Erfolg der Festbeträge in Frage gestellt sein. Denn selbst die bislang eher undramatischen Preiserhöhungen der Industrie seit Februar 1989 haben bereits 45% der erwarteten Einsparungen aus den Festbeträgen aufgefressen."<sup>3</sup>

Ein Beispiel unter vielen: Das Pharma-Unternehmen Ciba-Geigy ist an der ersten Festbetrags-Tranche mit drei Produkten beteiligt: Voltaren, Esiteren und Corangin. Der Preis für Corangin wurde auf den Festbetrag, die Preise für die beiden

anderen Präparate um rd. 35% gesenkt. Apothekenumsatz-Verlust: Rd. 31 Mio. DM. Knapp die Hälfte dieses Verlustes wurde durch Preiserhöhungen zum 1. September, also zum Inkrafttreten der Festbetragsregelung, im restlichen Krankenkassen-Markt kompensiert:

Spasmo-Cibalgin comp. S 10 Supp. + 8,63%

Nepresol 100 Tabl. + 9,84%

Adelphan Esidrix 100 Tabl. + 9,87%

Darebon 50 Tabl. + 9,88%

Darebon 100 Tabl. + 9,77%

Anturano 200 mg 100 Drag. + 9,87%

Desferal Tr.-Sub. 50 Inj.-Fl. + 9,90%

Trasicor ret. 160 mg 100 Fdrg. + 9,90%

Anafranil 25 100 Drag. + 7,01%

Elfanex 100 Drag. + 9,91%

Orimeten 100 Tabl. + 9,87%.<sup>4</sup>

Mit dieser Entwicklung bestätigt sich die Befürchtung vieler Kritiker einer Festbetragsregelung, die in der noch als am einfachsten durchsetzbar erscheinenden Stufe 1 nur rd. 30% des gesamten Arzneimittelmarktes berührt: Wenn mehr als die Hälfte des Arzneimittelmarktes unreguliert durch ökonomische Steuerungsinstrumente bleibt, wer sollte denn verhindern, daß Preisanhebungen in diesem Bereich, aber auch überhöhte Preise bei Neueinführungen, Verluste aus den Festbetragssegmenten auffangen sollen?<sup>5</sup>

Damit werden Festbeträge aber sogar als Nachfrageinstrument der Krankenkassen im Sinne reiner Kostendämpfungsstrategie umstritten, weil sie nur Teilbereiche des Marktes berühren und Kompensationen im unregulierten Restmarkt geradezu provozieren. H. Paetow ist daher voll zuzustimmen, wenn er beklagt, daß sich hinter den spektakulären Festbetrags-Sparerfolgen die 'normalen' Preissteigerungen gut verstecken konnten. Und er schreibt weiter: "Werden weitere Maßnahmen unterlassen, bleibt die Festbetragsregelung nur ein propagandistisch eindrucksvolles Durchgangsstadium."<sup>6</sup>

#### **Festbeträge als verdeckte branchenspezifische Innovationsförderung**

Vielleicht war diese Regelung auch nie mehr: Schließlich hatten schon Anfang 1988 die Wissenschaftler E. Streit und P. Golz in ihrem "Mannheimer Gutachten" bei der Wertung des Festbetragskonzeptes von "verdeckter branchenspezifischer Innovationsförderung" gesprochen - die Verteilung der Gelder bliebe somit beim alten System: den pharmazeutischen Herstellern wir weiterhin ein "Gewinnmodell" zur Finanzierung von Innovationen oder dessen, was dafür "verkauft" wird, zugestanden, die Krankenversicherung wird trotz der Festbetragsregelung mit einer weitergehenden Kostensteigerung im Arzneimittelbereich rechnen müssen. Unter der Überschrift: "Kostendämpfung - ein Schwindeletikett" wurde aus dem Gutachten zitiert<sup>7</sup>: "Die Möglichkeit, kompensatorische Preiserhöhungen vornehmen zu können, bedeutet also, daß Forschungs- und

Entwicklungsausgaben auch weiterhin finanzierbar bleiben. Die regulierungsbedingten Ertragseinbrüche dürften die Unternehmen nicht zu einer Verminderung ihrer Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten veranlassen. Die Unternehmen werden lediglich die Finanzierungsweise ihrer Gemeinkosten ändern. Dadurch dürfte es ihnen gelingen, den mit den Reformvorschlägen beabsichtigten Einspareffekt zu unterlaufen. Die Festbeträgerstattung umfaßt lediglich Präparate mit "gleicher" Qualität. Neuerungen beinhalten aber Qualitätsänderungen. Sie sind nicht nur ein Träger therapeutischen Fortschritts. Vielmehr lassen sie sich zur Kompensation von Kosten- und Erlösdruck einsetzen. Die von Neuerungen getragene Ausgabendynamik ("Strukturkomponente") wird durch die Kompensationsversuche sogar eher beschleunigt. " Politisches Muskelspiel verliert so gegen reale ökonomische Interessen!

Nach einer Emnid-Umfrage erwarten übrigens 92% der befragten Ärzte Preissenkungen bei den Originalpräparaten. Solche Ergebnisse lassen den Herstellerfirmen kaum eine alternative Strategie als die Absenkung der Preise auf den Festbetrag, da Ärzte durch das GRG verpflichtet sind, ihre Patienten auf die Verordnung eines über dem Festbetrag liegenden Arzneimittels hinzuweisen, um sie damit auf Zuzahlungen vorzubereiten. Es ist verständlich, daß Ärzte diesem Diskussionsdruck möglichst aus dem Weg gehen möchten.

Interessanterweise hatten die befragten Ärzte in der Emnid-Studie aber auch Vorstellungen, wie die pharmazeutischen Hersteller die Umsatzverluste kompensieren sollten: 93% wollten die Anzeigenwerbung eingeschränkt wissen, 86% die Werbegeschenke. Drei Viertel der Befragten schlugen eine Reduzierung der Außendienstbesuche vor, ebenso könnten Feldversuche und der Druck von Patientenbroschüren eingeschränkt werden. "Alles in allem wünschen die Ärzte weniger marketingorientierte Aktionen der Pharmaindustrie, während medizinisch-wissenschaftliche Aktionen von der großen Mehrheit der Ärzte gewünscht und erwartet werden."<sup>8</sup>

### **Festbeträge als "Adelsprädikat"**

Neben den ökonomisch zweifelhaften Steuerungswirkungen der Festbetragsregelung - einmal mehr ein Beispiel dafür, was von der Zuweisung von Nachfragermacht für die Krankenkassen zu halten ist - sind zumindest zwei weitere Aspekte zu berücksichtigen: Festbeträge werden auch für solche Wirkstoffe vergeben, die z.B. im jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Report als nur von zweifelhaftem therapeutischen Nutzen dargestellt werden. Bereits in der zweiten Tranche wird mit Piracetam ein Wirkstoff aus der Gruppe der Nootropika festbetrags geregelt, über die es in der 89er Ausgabe des Reportes heißt:

"Für einige Stoffe sind vigilanzsteigernde Wirkungen gezeigt worden, deren klinische Bedeutung jedoch nicht endgültig beurteilbar ist, da es einwandfreie Studien zur Wirksamkeit von Nootropika und zur möglichen Vorhersage potentieller "Responder" und "Non-Responder" bisher nicht in ausreichender Zahl gibt. Der allgemeine therapeutische Wert dieser Präparate ist somit nach wie vor zweifelhaft." Die gesamte Gruppe wird übrigens in der Auflistung: "Arzneimittelgruppen mit umstrittener Wirksamkeit" genannt,



Umsatz zu Lasten der GKV 111,5 Mio. DM. (Auf die gesamte Gruppe der umstritten wirksamen Mittel entfielen im Jahre 1988 222 Mio. Verordnungen von insgesamt 730 Mio. mit einem Kostenvolumen von 5,5 Mrd. DM der gesamten GKV-Arzneimittelkosten von 20,6 Mrd. DM).<sup>9</sup> Ähnliches gilt für viele "durchblutungsfördernden Mittel". In der 2. Tranche sind z.B. Dihydroergotoxin und Pentoxifyllin genannt.

Ist es denn überhaupt sinnvoll, solche Produkte unter die Festbetragsregelung zu subsumieren, da doch von einem festbetragsgeregelten Produkt das Signal der Wirtschaftlichkeit ausgeht, die vor allem in den Diskussionen mit Krankenkassen eine zentrale Rolle spielt? Gestützt wird dieser Gedanke noch durch ein Urteil, das im Oktober 1989 vom Landgericht Köln verkündet wurde (LG Köln 31 O 485/89)<sup>10</sup>. Zum Zusammenhang von Festbetrag und Wirtschaftlichkeit wurde dort festgestellt: Krankenkassen dürfen nur wirtschaftlich verordnete Arzneimittel bezahlen. Der Gesetzgeber aber hat die Festbeträge eingeführt. Also muß eine Verordnung in dieser Höhe auch wirtschaftlich sein.

In diesem Rechtsverfahren ging es zwar ausschließlich um Kosten. Ist es aber nicht paradox, wenn Sachverständigenkommissionen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, denen auch Pharmakologen und Ärzte angehören, Festbeträge für solche Mittel festlegen und damit dem Arzt deren Wirtschaftlichkeit signalisieren, die doch schon wegen des ungewissen Nutzen dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen?

Festbeträge orientieren sich also ausschließlich an den realen Verordnungsvolumina des Arzneimittelmarktes und versuchen Preisbewegungen in solchen Arzneimittelbe-reichen zu provozieren, die den GKV-Markt mit hohen Kosten belasten. Sie unterscheiden nicht nach therapeutischem Nutzen oder zweifelhaftem Wert. Dies ist deshalb bedenklich, weil durch den erniedrigten Preis die Verordnungsschwelle auch für umstrittene Produkte gesenkt wird - schließlich wird der Kostendurchschnitt in der Statistik des einzelnen Arztes entlastet. Festbeträge begünstigen damit die Verordnung der im Festbetragssegment angebotenen Arzneimittel. Qualitätsmängel in der Arzneimittel-versorgung, aber auch Wunschverordnungen z.B. mit "Mitteln bei Durchblutungsstörungen" werden damit nicht nur zementiert, sondern möglicherweise sogar gefördert.

### **Ohne Festbeträge: Selbstbeteiligung für Patienten**

Und die Patienten? Sie sind auch an der Festbetragsregelung beteiligt, zunächst mit einem Bonus, der ihnen die Festbetrags-konforme Arzneimittelverordnung ohne Rezeptgebühr garantiert, ab 1992 aber mit einer Malus-Regel, die jedem Patienten eine 15%ige Selbstbeteiligung an den nicht von Festbeträgen geregelten Arzneimitteln aufbürdet, maximal 15,- DM pro Arzneimittel.

Was ist z.B. mit einem Patienten, der einen Blutgerinnungsfaktor therapeutisch substituiert bekommt und keine Chance haben wird, der Selbstbeteiligung zu entkommen? Ähnliches gilt für den Bereich der Behandlung von vielen Krebs- oder Dialysepatienten, in dem häufig Arzneimittel eingesetzt werden, die sicherlich keiner Festbetragsregelung

unterworfen werden können (Mistelpräparate, Erythropoietin o.ä.). Bei dieser angestrebten Form der Selbstbeteiligung darf auch nicht vergessen werden, daß vor allem solche Patienten zur Kasse gebeten werden, die viele Arzneimittel einnehmen müssen. Aus den Analysen des Arzneiverordnungs-Reportes im Hinblick auf die altergeschichtete Verordnungshäufigkeit geht hervor <sup>(11)</sup>, daß sich das "Selbstbeteiligungsmodell" erst bei Patienten ab dem 50. Lebensjahr "lohnt", weil hier die Menge der verordneten Arzneimittel deutlich ansteigt. Ist es aber in einer Solidargemeinschaft wie der Krankenversicherung nicht unsozial, wenn diejenigen, die mit dem Fortschreiten des Alters unverschuldet an vielerlei Krankheiten nebeneinander leiden, auch diejenigen sind, die ganz besonders von einem Selbstbeteiligungsmodell belastet werden? Schließlich verbrauchen schon heute die über 60jährigen in der GKV, die lediglich 20% der Versicherten ausmachen, über 50% aller verordneten Arzneimittel. Da die pharmazeutischen Hersteller ihre Produkte vor allem für die immer älter werdenden Menschen anbieten, werden sie auch Strategien finden, diesen lukrativen Markt der "Versorgung" von älteren Menschen nicht vollständig unter ein preissenkendes Festbetragsmodell "pressen" zu lassen. Hier bieten sich z.B. sog. Pseudoinnovationen an, Neuerungen also, die unter Patentschutz stehen, aber keineswegs zum therapeutischen Fortschritt beitragen. Mit jedem Arzneimittel, das nicht unter die Festbetragsregelung fällt, wird sich die Selbstbeteiligung in besonderem Ausmaß gegen Ältere und chronisch Kranke wenden.

Das Ausmaß der Selbstbeteiligung wird sich allenfalls dadurch verringern lassen, daß auch die Stufen 2 und 3 des § 35 umgesetzt werden. Vorschläge für die Stufe 2 mit Festbeträgen für "vergleichbare Wirkstoffe" wurden vor kurzem vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) unterbreitet: Das WIdO hat in seiner Studie Wirkstoffe aus der Benzodiazepin-Familie in seine Anwendungsüberlegungen einbezogen. Dabei geht es um 23 am Markt verfügbare Arzneimittelwirkstoffe:

- 3 kurzwirksame Tranquilizer (Brotizolam, Midazolam, Triazolam)
- 8 mittellang wirkende Tranquilizer (Alprazolam, Clotiazepam, Flunitrazepam, Lorazepam, Lormetazepam, Metaciazepam, Oxazepam, Temazepam) und
- 12 langwirksame Tranquilizer (Bromazepam, Chlordiazepoxid, Clobazam, Clonazepam, Clorazepat, Diazepam, Flurazepam, Ketazolam, Nitrazepam, Nordazepam, Oxazolam, Prazepam).<sup>12</sup>

Schon diese Übersicht läßt die Probleme der Festbetragsstufe 2 erahnen: Wo liegt die Äquivalenzdosis-Einheit, auf die sich der Festbetrag dieser Tranquilizer-Gruppe bezieht? Ist es legitim, die einzelnen Tranquilizer gegeneinander auszutauschen, auch wenn die vom BGA zugelassenen Indikationen nicht deckungsgleich sind (z.B. ist das Benzodiazepin-Derivat Clonazam nur als Antiepileptikum zugelassen)? Und welchen Nutzen haben Festbeträge für Benzodiazepine überhaupt, da sie doch wegen ihres Abhängigkeitspotential nur kurzzeitig (2-4 Wochen) eingesetzt werden sollen? Ist es nicht Patientenschutzkonterkarierend, solche schon viel zu häufig angewendeten

Arzneimittel nur billiger und damit kostenunauffälliger zu machen, nicht aber gleichzeitig das weit wichtigere Problem der Mengenbegrenzung zu strukturieren?

Fragen über Fragen, die verständlich machen, warum eine ganze Reihe von Zweifeln an einer weitreichenden Umsetzbarkeit der Festbetragsstufe 2 bestehen. Dabei ist ein möglichst rascher Einstieg in die Stufen 2 und 3 - Arzneimittelgruppen vergleichbarer Wirkung - schon allein damit begründbar, daß "immer deutlicher wird, daß mit der Etablierung von Festbeträgen für einzelne Wirkstoffe Schatteneffekte und Ungleichgewichte im noch festbetragsfreien Markt auftreten können."<sup>13</sup>

### Neben den Festbeträgen: Negativliste und Richtgrößen

Schatteneffekte und Ungleichgewichte sollen auch durch die beiden übrigen Steuerungsinstrumente des GRG verhindert werden, durch die Negativliste (§34) und durch die Richtgrößen (§84).

Während die Festbeträge ausschließlich zur Beeinflussung der Preise gedacht sind, soll die Einführung einer Negativliste durch den Ausschluß von z.B. nicht sinnvoll zusammengesetzten Kombinationspräparaten oder von nicht unumstritten nützlichen Monopräparaten die Qualität der verordneten Arzneimittel verbessern, während die Richtgrößen als Volumen-begrenzendes Regulationsinstrument gedacht sind.

Mit der Negativliste droht für viele Produkte die Ausgrenzung vom lukrativen Kassenmarkt, der doch einen bislang kalkulierbaren Gewinn sogar für solche Produkte versprach, die schon seit Jahren in pharmakologischen Standardbewertungen "negativ" dargestellt werden. In dem schon zitierten Arzneiverordnungs-Report '89 entfallen auf mehr oder weniger zweifelhaft nützliche Produkte insgesamt 5,5 Milliarden Umsatz, rd. 25% des Gesamtumsatzes von 20,6 Milliarden. Ein 1,5 Milliarden Segment ist z.Zt. heftig gefährdet, durch die Negativliste ausgegliedert zu werden. Einige Beispiele:

- Antifibrillationen mit anderen Wirkstoffen (z.B. Cordichin: Chinidin+Verapamil)

- Benzodiazepine mit anderen Wirkstoffen (z.B. Persumbran: Oxazepam+Dipyridamol; z.B. Silentan: Acetylsalicylsäure+Diazepam; z.B. Limbatril: Chlordiazepoxid+Amitriptylin)

- Chinin mit anderen Wirkstoffen (z.B. Togonal: Chinin +Lithiumcarbonat+Acetylsalicylsäure)

- Herzglykoside mit anderen Wirkstoffen (z.B. Nitro-Novodigal:  $\beta$ -acetyldigoxin+PETN)

In die Negativliste werden auch Wirkstoffe aufgenommen, für die BGA-Kommissionen Negativ-Monographien ("therapeutischer Nutzen nicht erwiesen") erstellt wurden. Hierunter fallen z.B. Bucetin, Cholin, Cinnarizin bei Hirnleistungsstörungen im Alter, Clofezon, Crotamiton, Dantron und viele andere mehr.

Der Streit über die geplante Negativliste entzündete sich aber weniger an diesen chemisch-synthetisierten Wirkstoffen, sondern an den 44 Negativ-Monographien aus den phytotherapeutischen und den 125 Negativ-Monographien aus dem homöopathischen Bereich. Dieser z.T. außerordentlich emotional geführte Streit verkennt allerdings, daß die negativen Beurteilungen von Kommissionen ausgesprochen wurden, die gesondert für diese alternativen Therapierichtungen eingesetzt und auch entsprechend besetzt worden sind (Kommissionen D und E). Wenn aber schon den Experten dieser Kommissionen, die doch als Vertreter der alternativen Therapierichtungen zu bezeichnen sind, keine positiven Berichte über die Wirkweise vieler phytotherapeutischer oder homöopathischer Wirkstoffe bekannt sind, besteht ein Ausschluß von der Verordnungsfähigkeit über eine Negativliste sicherlich zu recht.

Sicherlich bestehen eine ganze Reihe von Verfassungsfragen, die im Zusammenhang mit der Einführung einer Negativliste gestellt und beantwortet werden müssen. So kommt z.B. Schwerdtfeger in einer eindrucksvollen Diskussion zu dem Schluß, daß der Gesetzgeber dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Ermächtigung zur Aufnahme eines Arzneimittels in eine Negativliste nur einräumen darf, wenn der Gesetzgeber gleichzeitig Vorkehrungen trifft, daß dieses Verfahren dem "Grundrechtsschutz durch Verfahren" genügt. Nach seiner Meinung fehlt z.B. eine derartige verfahrensrechtliche Vorkehrung im § 34 GRG.<sup>14</sup>

Ob es solche verfassungsrechtlichen Bedenken waren oder doch eher der Unmut in der Öffentlichkeit - der "Kanzler selber stoppte die Arzneien-Liste" (NRZ vom 7.10.1989). Ihr Inkrafttreten ist zunächst verschoben, als nächstes Datum wird der 1.7.1991 "gehandelt", ein Datum, das weit genug entfernt von der Bundeswahl im Herbst 1990 liegt.

Der zuletzt vorgelegte Referentenentwurf für eine Negativliste der unwirtschaftlichen Arzneimittel betraf unter den 1.000 meist verordneten Arzneimitteln 147 mit einem GKV-Kostenvolumen von 1,1 Milliarden DM.<sup>15</sup> Die Einsparungen betrügen rund 200 Millionen DM, wenn jede bisherige Verordnung weitergeführt und durch ein pharmakologisch sinnvolles Produkt ersetzt würde. Gewonnen wäre damit also weniger spektakulär im Kostenbereich als deutlich im Bereich der verordneten Mittel: Der gesicherte therapeutische Nutzen ist schließlich die erste Forderung in den Arzneimittel-Richtlinien an eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung.

Der Fortbestand der bereits am 1.4.1983 eingeführten Negativliste, mit der Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen worden waren, die in ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden (Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten, Mund- und Rachen therapeutika, Abführmittel und Arzneimittel gegen Reisekrankheit) bleibt durch die aktuellen Diskussionen unberührt.

Die dritte Regulierungsebene des GRG ist die Mengenbegrenzung durch Richtgrößen. Die sollen sich an folgenden Vorgaben orientieren:

- Volumen der verordneten Leistungen, in diesem Kontext also der Arzneimittel,
- Entwicklung der Zahl der behandelten Personen,
- Entwicklung der Altersstruktur der behandelten Personen
- Preiswürdigkeit der Verordnungen
- Arztgruppenspezifität.

Richtgrößen lassen sich auf zwei Ebenen definieren. Die eine geht von verordneten Dosierungsmengen bestimmter Arzneimittel in bestimmten Altersstufen der Patienten aus (DDD-Konzept; Defined-Daily-Dose-Konzept), die zweite von einem möglichst fein nach Alterswerten, Krankheit und Arztgruppen abgestimmten Kostenüberschreitungskonzept. Als praktikabler wird z.Zt. der zweite Ansatz diskutiert, obwohl hier vor allem Preiskomponenten als Determinanten eingesetzt werden. Dabei sollten die Richtgrößen in den Bereichen eine Rolle spielen, in denen reine Preissteuerungselemente versagen. Der Ansatzpunkt für die Implementierung von Richtgrößen liegt damit in den Schwachstellen, die durch Preise nicht einfach steuerbar sind: Die Mengenexpansion im Arzneiverordnungsbereich kann in gewisser Weise zum Beweis des Versagens einer alleinigen Preissteuerung herangezogen werden.<sup>16</sup>

### Mehr Markt macht das Gesundheitswesen teurer!

Die Steuerungsinstrumente, die das GRG zur "Therapie" des Patienten "Arzneimittelversorgung in der GKV" vorsieht, könnten, wären sie alle miteinander und gleichzeitig eingeführt worden, eine gewisse Besserung über kurze Zeit erbringen. Allein aber die Tatsache, daß z.Zt. sinnvolle Monotherapien z.B. im Bereich der Hochdrucktherapie (Nifedipin, Verapamil, Hydrochlorothiazid+Triamteren) zu günstigen Festbetragspreisen verschrieben werden können, daß aber gleichzeitig in demselben Indikationsbereich nicht sinnvoll zusammengesetzte Kombinationsprodukte nach wie

vor zu Originalpreisen vermarktet und zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen (z.B. gilt das viel verordnete Briserin als nicht sinnvolles Kombinationsprodukt), weil die entsprechende Negativliste noch nicht in Kraft gesetzt wurde, zeigt die geringe Dichte der Steuerungsinstrumente. Dabei gibt es, wie ein Blick über die Grenzen in andere europäische Länder zeigt, mit Positivlisten oder limitierenden Listen gute Erfahrungen darüber, wie der Arzneimittelmarkt innerhalb von Sozialversicherungssystemen wirkungsvoll im Sinne einer Qualitätsverbesserung beeinflußt werden kann: Das Angebot wird übersichtlich und für den Arzt handhabbar, beste Voraussetzung dafür, daß die Kosten für Arzneimittelverordnungen in einem vernünftigen Verhältnis zum erreichten Nutzen stehen.<sup>17</sup>

Das GRG dagegen regelt Teilbereiche und setzt auf in diesen Teilbereichen wie dem Festbetragssegment auf Wettbewerb und erhofft sich davon Kostendämpfung. Nach Meinung von U.E.Reinhardt eine trügerische Hoffnung. "Die Befürworter einer marktorientierten Strukturreform -zumeist

Volkswirtschaftstheoretiker- verkaufen gewöhnlich dieses Konzept mit Hinweis auf Kostendämpfung. Schauen Sie mal: etwa zehn Prozent der Bevölkerung sind für ca. 75-80% aller Gesundheitsausgaben verantwortlich. Diese Leute sind schwer krank und verängstigt. Ein Sozialtheoretiker muß wirklich massive Scheuklappen tragen, um glauben zu können, daß solche Patienten als rationale Konsumenten handeln könnten. Er muß doppelte Scheuklappen tragen, wenn er nicht sieht, wie positiv - sprich kostentreibend- sich der Wettbewerb hier im amerikanischen Gesundheitswesen ausgewirkt hat. Vielleicht ist es geheimes Ziel der Reform, ein weiter ausgebreitetes Zwei-Klassen-System zu schaffen. Denkbar ist, daß die oberen Einkommensschichten etwas Besseres nur für sich wollen - immer das allerletzte in der Technologie, egal wie teuer, und auch besseren Komfort- aber sie wollen es nicht für jeden der unteren Einkommensschichten mitbezahlen. Wenn es sich so verhält, sollte amn aber ehrlich sein und dem armen deutschen Michel den Wettbewerb im Gesundheitswesen nicht als Kostendämpfungskonzept verkaufen. Der Wettbewerb vermag höchstens zu dämpfen, was die Reichen für die Armen mitfinanzieren, nicht aber die Gesamtausgaben für Gesundheitsleistungen. Beim Wettbewerb im Gesundheitswesen geht es zumeist gar nicht um die Preise von Gesundheitsleistungen. Es geht vielmehr darum, was Patienten als "Qualität" betrachten. Und "Qualität" heißt meistens viel Aufwand, viele Apparate mit hochspezialisierter Technologie und hohe Kosten."<sup>18</sup>

Mehr Markt würde das deutsche Gesundheitssystem mit Sicherheit teurer machen, so lassen sich die Theorien von Reinhardt zusammenfassen. Festbeträge machen sich den Wettbewerb zunutze, sie wollen ihn sogar stimulieren. Die ersten Reaktionen auf die Festbetragsregelung, die neben den öffentlich zur Schau gestellten Preissenkungen die nahezu gleichrangigen, aber stiller vorgenommenen Preiserhöhungen als Kompensation gebracht haben, zeigen die fatalen Ergebnisse einer Regulierung in Teilbereichen: Der Restmarkt läßt alle Möglichkeiten zu, Verluste zu neutralisieren.

Wo aber wie mit der Negativliste wirkliche Eingriffe in den Markt geplant waren, wird von den zuständigen Politikern mit Blick auf die wirtschaftlichen Interessen von pharmazeutischen Herstellern und Verbänden verschoben, dabei aber ängstlich auf Wählervolk und Wählerstimmen verwiesen. Als ob die nicht längst an wirklichen Strukturreformen im Gesundheitsbereich interessiert wären!

(Dieser Artikel ist, in leicht veränderter Form, einer der Beiträge in dem gerade erschienenen Band AS 182 "Argument: Chronische Krankheit - ohne Rezepte", Berlin 1990.

Literatur beim Verfasser Dr. Gerd Glaeske, Ltr. des Pharmakol. Beratungsdienstes der AOK Mettmann, Dürerstr. 29, 5620 Velbert 1.)

**Der gemeinsame Markt und seine  
möglichen Auswirkungen  
auf die Arzneimittelversorgung**

*von Gerd Glaeske*

**1. Der EG-Markt ist der größte Einzelmarkt: Einige Basisdaten<sup>1</sup>:**

Der weltweite ambulante Arzneimittelmarkt hatte 1988 auf der Basis von Herstellerabgabepreisen einen Gesamtwert von 112 Milliarden \$, die sich wie folgt aufteilten: EG-32,4 Milliarden \$, also 29% (in diesem Wert sind Dänemark und Luxemburg nicht enthalten, weil z.Zt. keine Daten vorliegen), USA-24,7 Milliarden \$ (22%) und Japan 14,2 Milliarden \$ (13%).

Die prozentuale Verteilung der Verordnungen liegt ganz ähnlich: Weltweit wurden 1988 11,2 Milliarden Verordnungen registriert, davon wiederum 29% oder 3,3 Milliarden in der EG.

Innerhalb der EG verteilt sich der Umsatz von 32,4 Milliarden \$ auf

- die Bundesrepublik Deutschland mit 8,49 Milliarden \$ (26,2) %,
- Frankreich mit 7,87 Milliarden \$ (24,3 %),
- Italien mit 6,87 Milliarden \$ (21,2%),
- Großbritannien mit 3,66 Milliarden \$ (11,3 %),
- Spanien mit 2,49 Milliarden \$ (7,7 %),
- Belgien mit 0,97 Milliarden \$ (3,0 %),
- Niederlande mit 0,88 Milliarden \$ (2,8%),
- Portugal mit 0,55 Milliarden \$ (1,7 %),
- Griechenland mit 0,45 Milliarden \$ (1,4 %) und
- Irland mit 0,16 Milliarden \$ (0,5 %).

Aus diesen Ergebnissen lassen sich die Pro-Kopf-Ausgaben für Pharmazeutische Produkte in den unterschiedlichen EG-Ländern im Jahre 1988 ableiten:

Bundesrepublik Deutschland	173 \$
Frankreich	137 \$
Italien	123 \$
Belgien	110 \$
Dänemark	72 \$
Niederlande	67 \$
Großbritannien	66 \$

Spanien	62 \$
Irland	57 \$
Portugal	54 \$
Griechenland	39 \$

Die Reihenfolge der **Verordnungsanteile** ist leicht unterschiedlich, die 3,3 Milliarden Verordnungen in EG-Ländern verteilen sich mit

- 766 Mio. (23,2 %) auf Italien (je Einw. der 57,2 Mio.: 13,4 VO),
- 695 Mio. (21,0 %) auf die Bundesrepublik (61: 11,4),
- 640 Mio. (19,4 %) auf Frankreich (55,3: 11,6),
- 518 Mio. (15,7 %) auf Spanien (38,7: 13,4),
- 413 Mio. (12,5 %) auf Großbritannien (56,7: 7,3),
- 122 Mio. (3,7 %) auf Belgien (9,9: 12,3),
- 66 Mio. (2,0 %) auf Portugal (10,3: 6,4) und
- 53 Mio (1,6 %) auf die Niederlanden (14,6: 3,6).

## 2. Die Preise sind der auffälligste Unterschied

Eines der auffälligsten Ergebnisse dieser Zusammenstellungen ist die hohe Verordnungsquote in Spanien (15,7%) bei einem relativ geringen Kostenanteil (7,7%) und der sehr niedrige Verordnungsanteil in Holland (1,6%) bei einer relativ hohen Kostenstruktur (2,8%)

Diese Zusammenhänge basieren auf der bislang bekanntesten Beobachtung beim Vergleich europäischer Länder:

Die **Arzneimittelpreise** in der EG weisen beträchtliche Unterschiede auf, beträchtlichere übrigens, als bei anderen Produkten wie z.B. Autos, Haushaltsgeräten, Audio- und Videoausrüstungen festgestellt wurden.<sup>2</sup>

Die letztveröffentlichte Studie von BEUC<sup>3</sup> aus dem Jahre 1989 bestätigte diese Unterschiede erneut:

Während die Einkäufe eines 125 Arzneimittel umfassenden Warenkorbes in Portugal den Index 100 ergab, in Frankreich 111, in Spanien 112 und in Griechenland 127, betrug der mit dergleichen Methodik zustandegewonnene Index in den Niederlanden 214, in Dänemark 231 und in der Bundesrepublik - den Spitzenwert- 239.

Die Erklärungen für diese **Preisunterschiedsphänomene** sind vielfältig:

Erstens müssen unterschiedliche **Vertriebs- und Spannenregelungen**, also durchschnittliche Aufschläge im Großhandels- und Apothekenbereich, genannt werden, die je nach Mitgliedstaat im Durchschnitt zwischen 22 und 40% liegen und sich auf den Apothekenabgabepreis auswirken.

Zweitens sind die **Mehrwertsteuersätze** unterschiedlich: sie variieren von 0 - 22%.



bitte herausnehmen!

## GESCHÄFTSORDNUNG ZUR REGE- LUNG DER TÄTIGKEITSBEREICHE IM VEREIN DEMOKRATISCHER PHARMA- ZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN (VDPP)

### Die Vereinsorgane und Geschäftseinrichtungen

- I. Mitglieder
- II. Mitgliederversammlung (MV)
- III. Gesamtvorstand
- IV. Geschäftsführender Vorstand
- V. Geschäftsstelle
- VI. Arbeitsgruppen
- VII. Regionalgruppen

#### I. Mitglieder

1. Wer die Mitgliedschaft beantragt, erhält ein Exemplar der Vereinssatzung und der Geschäftsordnung.
2. Die Höhe der Mitgliedsbeiträge ist in der Beitragssatzung geregelt.

#### II. Mitgliederversammlung (MV)

Über jede MV ist ein Protokoll zu verfassen, das alle Beschlüsse mit dem Abstimmungsergebnis enthält und möglichst die wichtigsten inhaltlichen Diskussionen nachzeichnet. Es wird jedem Mitglied im nächsten Mitgliederrundbrief zugeschickt.

#### III. Gesamtvorstand

1. Der Gesamtvorstand hat die Aufgaben:
  - 1a. Planung und Gestaltung der Vereinsarbeit, soweit dies nicht direkt von der Mitgliederversammlung vorgenommen wird;
  - 1b. Erstellung von Arbeitsprogrammen für jeweils 1 Jahr;
  - 1c. Einstellung (und Entlassung) von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern;
  - 1d. Koordination von Arbeitsgruppen und Regionalgruppen bzw. -vertretungen.

2. Die Sitzungen des Gesamtvorstandes sind mit gliederöffentlich. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle sollen an ihnen teilnehmen. Arbeits- und Regionalgruppen, die nicht im Gesamtvorstand vertreten sind, sind vor Entscheidungen, die sie betreffen, einzuladen und anzuhören.
3. Beschlüsse des Gesamtvorstandes sind schriftlich niederzulegen und im nächsten Mitgliederrundbrief zusammengefaßt bekanntzugeben.

#### IV. Geschäftsführender Vorstand

1. Der geschäftsführende Vorstand hat die Aufgaben:
  - 1a. Führen der laufenden Geschäfte mit ständigem Kontakt mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle, den Arbeitsgruppen und Regionalgruppen bzw.-vertretungen;
  - 1b. Einladung zu den Sitzungen des Gesamtvorstandes mit Vorschlag der Tagesordnung;
  - 1c. Vorschläge zur Einstellung (und Entlassung) von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
  - 1d. Dem Gesamtvorstand ist über Entscheidungen innerhalb des geschäftsführenden Vorstandes und deren Begründungen zu berichten.
2. Die für die Finanzen verantwortliche Person
  - 2a. regelt alle finanziellen Angelegenheiten des Vereins und führt die Vereinskasse und die Vereinskonten;
  - 2b. führt Buch über alle Einnahmen und Ausgaben des Vereins, überprüft die Beitragszahlungen der Mitglieder und mahnt ggf. ausstehende Zahlungen an;
  - 2c. regelt die Belange mit dem zuständigen Finanzamt, ggf. in Zusammenarbeit mit einem Steuerberater;
  - 2d. erstellt, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Steuerberater, jeweils bis zum 31.01. des Folgejahres, einen Jahresbericht, der dem Gesamtvorstand und der nächsten Mitgliederversammlung vorgelegt wird;
  - 2e. entwickelt zusammen mit dem geschäftsführenden Vorstand die finanziellen Aspekte für die Arbeitsprogramme des Gesamtvorstandes;
  - 2f. stellt Spendenbescheinigungen aus;
  - 2g. versucht, im Hinblick auf langfristige Aktionen neue Finanzierungsquellen bei öffentlichen und privaten Geldgebern zu erschließen.

3. Die für die Finanzen verantwortliche Person hat für die Vereinskonto Zeichnungsberechtigung in einer Höhe, die vom Gesamtvorstand festgelegt wird. Höhere Beträge bedürfen der Unterschrift eines weiteren Mitglieds des geschäftsführenden Vorstands.
4. Arbeitsbereich "Öffentlichkeitsarbeit":
  - 4a. Die Vertretung des Vereins in der Öffentlichkeit wird vom geschäftsführenden Vorstand geleistet.
  - 4b. Nach Absprache mit einem Mitglied des geschäftsführenden Vorstands können Arbeits- und Regionalgruppenvertreter oder auch einzelne Mitglieder Erklärungen, Stellungnahmen usw. im Namen des Vereins abgeben.
  - 4c. Alle Veröffentlichungen, Stellungnahmen usw., die nicht vom geschäftsführenden Vorstand ausgehen, sind in Kopie zur Information der Mitglieder an den geschäftsführenden Vorstand zu schicken.

#### V. Geschäftsstelle

Der geschäftsführende Vorstand kann Aufgaben, Arbeitsbereiche und Zuständigkeiten an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle delegieren.

#### VI. Arbeitsgruppen

1. Vereinsmitglieder können die Gründung thematischer Arbeitsgruppen beim Gesamtvorstand beantragen, indem sie eine schriftliche Beschreibung der Ziele und angestrebten Arbeitsweisen vorlegen.
2. Die Inhalte der Arbeit von Arbeitsgruppen müssen regelmäßig (in der Regel jährlich) im Grundsatz mit dem Gesamtvorstand abgestimmt werden.

#### VII. Regionalgruppen, Regionalvertretungen

1. Regionalgruppen bzw. -vertreter sollen den Verein als Ganzes in der Region repräsentieren. Ihre Öffentlichkeitsarbeit ist mit dem Gesamtvorstand abzustimmen.
2. Innerhalb dieses Rahmens kann sich die Regionalgruppe regionale Aufgabenschwerpunkte selbst wählen. Zur Information der Mitglieder des Vereins sollen regelmäßig kurze Berichte über Aktivitäten zur Veröffentlichung im Mitgliederrundbrief an den geschäftsführenden Vorstand geschickt werden.

### VIII Inkrafttreten

1. Diese Geschäftsordnung tritt nach der Bestätigung durch die Mitgliederversammlung in Kraft.
2. Bis dahin bindet sich der Gesamtvorstand an diese vorliegende Fassung.

28.04.1990

Berlin, den

Drittens -und dies ist sicherlich der wichtigste Grund- existieren unterschiedliche staatliche oder institutionelle Preisregulierungsmaßnahmen, entweder auf der Angebots- oder auf der Nachfragerseite. "Solche Preisregelungen haben," so die Beobachtung, "einen ausgeprochen preisdämpfenden Effekt."<sup>4</sup> Aber: Es kann durchaus sein, daß multinational agierende pharmazeutische Hersteller Gewinnverluste in Ländern mit Preisfestsetzungen in nicht preisregulierenden Ländern kompensieren, ein Verfahren, das auffällig an die Kompensationsmechanismen beim Ausgleich der Verluste durch die Festbeträge erinnert.<sup>5</sup> Dann subventionieren Hochpreisländer indirekt den Arzneimittelverbrauch in Niedrigpreisländern, oder, um es direkter auszudrücken, die gesetzliche Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland subventioniert die staatlich festgesetzten, z.T. künstlich niedrig gehaltenen Preise in Italien.

### 3. Die EG-Transparenz-Richtlinie

Um die unterschiedlichen Preisregulierungsmechanismen für alle Marktbeteiligten transparenter zu machen, hat die zuständige Kommission der Gemeinschaft die Richtlinie 89/105/EWG vom 21.12.1988 "betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme" veröffentlicht.<sup>6</sup>

Diese Richtlinie war bis zum 31.12.1989 von den Mitgliedsstaaten umzusetzen, bislang sind jedoch keine Resultate bekannt geworden.

Positiv zu bewerten ist sicherlich die mit der Transparenz-Richtlinie entstandene Diskussion über das in der Bundesrepublik zu beobachtende Hochpreisniveau. Es ist zu erwarten, daß im Rahmen der Harmonisierungsbestrebungen eine Angleichung der Preise stattfinden wird: Die bisher bestehenden großen Unterschiede werden dadurch verringert werden, daß die Preise in den hochpreisigen Ländern sinken und in den niedrigpreisigen Ländern ansteigen werden. Welche Effekte hierbei überwiegen ist z.Zt. noch reine Spekulation, Schätzungen gehen davon aus, daß sich ein angenommener Hochpreisindex von 100 (z.B. in der Bundesrepublik) und ein angenommener Niedrigpreisindex von 30 (z.B. in Portugal) auf einem EG-Index zwischen 50 und 70 treffen werden, eine Aussicht, die zumindest spürbare Kostenreduzierungen für Hochpreisländer und deren Sozialversicherungen erwarten lassen.<sup>7</sup>

Allerdings geht die Transparenz-Richtlinie nicht weit genug, da Transparenz nach kritischem Verständnis mehr beinhaltet als die Durchschaubarkeit der Preisfestsetzung. In nahezu allen Ländern der EG ist nämlich die Etablierung eines mehr qualitativen Konzepts der Kostenerstattung zur beobachten, d.h. eine Preispolitik, die sich nicht nur am pekuniären Wert, sondern auch an der therapeutischen Nützlichkeit der jeweiligen Arzneimittel orientiert. Diese Strategie stimmt auch mit den Kriterien der bei uns geltenden Arzneimittel-Richtlinien überein, die in der kassenärztlichen

Arzneimittelversorgung vor dem Preis den nachgewiesenen therapeutischen Nutzen beachten lassen.

#### 4. Transparenz bedeutet mehr als nur Preisübersichten

Eine Transparenz-Richtlinie, die allein die Preisfestsetzung berücksichtigt und Verfahren hierzu verabreden läßt, greift aber zu kurz. Sie sollte auch Verfahren zur Verbrauchslenkung durch pharmakologische und medizinisch-therapeutische Informationen berücksichtigen: Erst die Ergänzung von solchen produktpolitischen Charakteristika mit konkreten Preisinformationen über die anfallenden Therapiekosten führt zu einer wirklich nützlichen und handhabbaren Transparenz.<sup>8</sup>

Die positiven Auswirkungen der unterschiedlichen europäischen Regulationsmodelle auf die Arzneimittelversorgung der Bundesrepublik dürfen aber dennoch nicht unterschätzt oder gar negiert werden, sie liegen in der jetzigen Situation zumindest darin, daß über vergleichbare Regulationen zunächst nachgedacht und schließlich entschieden werden muß.

Alle europäischen Nachbarstaaten haben nämlich längst Positivlisten oder limitierende Listen, zumeist verbunden mit Preissetzungsstrategien, erfolgreich implementiert, erfolgreich auch deshalb, weil die Anzahl der Arzneimittel wegen der rigideren Marktbedingungen in allen europäischen Ländern erheblich niedriger liegt als in der Bundesrepublik, ohne daß aus diesen Ländern je eine Unterversorgung mit Arzneimitteln bekannt geworden wäre: Überschaubare Märkte bilden aber eine wichtige Voraussetzung für die Schaffung von Transparenz und damit für die "Handhabbarkeit" eines Arzneimittelmarktes. "Eine potentiell 100prozentige Erstattung, die nur durch eine Negativliste eingeschränkt ist, gibt es nur in der Bundesrepublik," so Dieter Thomae in seiner Analyse zur Medikamentenversorgung in den zwölf EG-Staaten.<sup>9</sup>

In diesem Zusammenhang von Erstattungsfähigkeit und Nichterstattungsfähigkeit muß auch darauf hingewiesen werden, daß innerhalb der EG über eine Neuordnung der Abgrenzung von verschreibungspflichtigen und nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln nachgedacht wird. Verschreibungspflichtig und damit erstattungsfähig sollen nach einem ersten Richtlinienentwurf nur noch solche Arzneimittel sein, die auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch die Gesundheit gefährden können, wenn sie ohne ärztliche Überwachung angewendet werden.<sup>10</sup> Die avisierte EG-weite Einsparung von 18 Milliarden DM zugunsten der Kassen mag zwar verführerisch klingen, sie sollte aber nicht der "Motor" für eine Vernachlässigung des notwendigen Patientenschutz sein: Wenn in Dänemark z.B. ein so differenzierter Arzneiwirkstoff wie Cimetidin, ein H<sub>2</sub>-Antagonist zur Behandlung von Magen- und Darmulcera und hier bekannt als Tagamet<sup>®</sup>, in den "Selbstmedikationsbereich" entlassen wird, so bedeutet dies eine schwer verständliche Entscheidung gegen die notwendige ärztliche Überwachung mit einem hohen Gefährdungspotential für den Patienten allein aus Einsparungsgründen.

## 5. Gestaltungswillen bei den Preisen und der Qualität

Die Entwicklung des gemeinsamen Marktes darf aber nicht nur Chancen zugunsten "vernünftigen" Preispolitik eröffnen, sondern muß gleichzeitig auch Möglichkeiten zur Verbesserung der Verordnungsqualität bieten.

Eine Studie der Weltgesundheitsorganisation<sup>11</sup> zum Vergleich der Wertigkeit der 50 meist verordneten Arzneimitteln in europäischen Ländern zeigt zum Beispiel deutliche Unterschiede der "theoretischen pharmakologischen Validität" der jeweiligen Produktpaletten: Für Großbritannien zeigt sich eine relativ gut benotete und dabei, wie weiter oben gesehen, alles in allem kostengünstige Situation, für die Bundesrepublik ergaben sich eher schlechte Werte bei bekannt hohen Kosten. Diese bundesdeutsche Realität dient jedoch allein den Interessen pharmazeutischer Firmen, die die Vermarktung und den Umsatz noch so unsinniger Produkte im Mittelpunkt haben. Eine vernünftige Arzneimittelversorgung hat sich dagegen an den Interessen der Versicherten und Verbrauchern zu orientieren, die eine möglichst qualitätsgesicherte Therapie zu kostengünstigen Bedingungen erwarten.

Der Anteil des Generika-Marktes innerhalb der EG weist allerdings außerordentliche Unterschiede auf, Anzeichen für die unterschiedlichen nationalen Gegebenheiten. Die erheblichen Preisunterschiede zwischen Generika ("Imitationspräparate") und Originalpräparaten sind in staatlichen Arzneiversorgungssystemen nämlich immer dann ein wichtiger Wettbewerbsfaktor, wenn in den betreffenden Ländern traditionell hohe Arzneimittelpreise bestehen. "Man nimmt an, daß der gesamte Generika-Markt-Anteil in den "Hochpreisstaaten" der EG von 5% im Jahre 1984 auf 15% im Jahre 1986 angewachsen ist. In Großbritannien, wo die Preise in der letzten Zeit relativ drastisch ansteigen, wird bereits von einem 25%igen Marktanteil für Generika-Produkte gesprochen. Für die BRD wird der Anteil auf rd. 15% beim Umsatz und 20% bezogen auf die Verordnungen angegeben, in Dänemark sind es 30% bezogen auf den Umsatz und 50% bezogen auf die Packungsmenge. In Holland liegt der Generika-Anteil bei 10% des Umsatzes.(...) Auf der anderen Seite wird für Frankreich und Italien von lediglich 2% Marktanteil für Generika-Produkte berichtet, was auch durch das im allgemeinen niedrige Preisniveau zu erklären ist. Es bestehen daher kaum wettbewerbliche Anreize, Generika auf den Markt zu bringen."<sup>10,12</sup>

"Parallelimporte" drücken in ganz besonderer Weise die Philosophie der EG-Kommission aus: Sie beruht auf der Forderung nach strikter Einhaltung des Artikels 85 EWGV, der alle Verhaltensweisen verbietet, die den Handel zwischen den Mitgliedstaaten erschweren, also auch alle Verhaltensweisen, die den freien Verkehr von Arzneimitteln in der EG beeinträchtigen oder behindern. Gemeint sind hier z.B. Strategien der national unterschiedlichen Namensgebung für Arzneimittel mit gleichdosierten Inhaltsstoffen in gleichen Applikationsformen (z.B. das Schlafmittel Mogadan<sup>R</sup> bzw. Mogadon<sup>R</sup>) oder national unterschiedliche Packungsgrößen. Den pharmazeutischen Herstellern will es allerdings gar nicht einleuchten, daß Arzneimittelpreise, die im Hinblick auf nationale Zielsetzungen, wie z.B. Kostendämpfung, Industriepolitik u.ä. festgesetzt worden

sind, auch für Parallelexporte in andere Mitgliedstaaten zur Geltung kommen sollen. "Denn," so Gert von Breitenbach, "denn so wird ja diese national realisierte Preispolitik europäisch."<sup>13</sup> Sein Lösungsvorschlag: "Der Hersteller vereinbart mit den gesetzlichen Krankenkassen auf nationaler Ebene einen Rabatt gegen das Zugeständnis der Kassenzulässigkeit."

Auch die am 1. September 1989 erstmalig umgesetzte Festbetragsregelung ist als Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes sicherlich ein EG-konformes Instrument. Sie ist zusätzlich dadurch, daß bei einer Reihe von Originalpräparaten eine Preissenkung zu beobachten war, eine zwar "indirekte", aber ebenfalls wettbewerbskonforme Preisregelung in bestimmten Marktsegmenten.

## 7. Die EG-Politik kann Randbedingungen verbessern

Darüberhinaus sind die gesamten Entwicklungen innerhalb der EG aber auch für die Qualität der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik bedeutsam. Das Streben nach einer europäischen Zulassungs- und Überwachungsbehörde (European Drug Agency) und die damit verbundene Vereinheitlichung des Arzneimittelangebotes und der pharmakologisch-therapeutischen Information zu den europaweit-verfügbaren Arzneimitteln läßt einen positiven Einfluß auf unseren überladenen und damit intransparenten Markt erwarten.

Eine europäische Regelung wird sich nämlich ganz sicher nicht an den am wenigsten regulierten Märkten, wie z.B. dem der Bundesrepublik, orientieren, sondern z.B. die Modelle Großbritanniens oder Frankreichs favorisieren. Daher kann von einer deutlichen Anhebung der Zulassungsschwelle für Arzneimittel ausgegangen werden. Damit verbunden ist aber auch die Erarbeitung von europäischen Monographien für neuzuzulassende Wirkstoffe, d.h. Beschreibungen der Wirksamkeit, der Anwendungsgebiete und der Nebenwirkungen, damit eine Harmonisierung der Fachinformationen für Ärzte und Apotheker erfolgen kann.<sup>14</sup> Im Endergebnis solcher Strategien werden sich damit sowohl die quantitativen wie aber auch die qualitativen Gegebenheiten in der EG angleichen, die Art und Anzahl der vermarkteten Arzneimittel in der Bundesrepublik wird sich, abgesehen von nationalen Eigenheiten wie Homöopathika oder Phytotherapeutika, endlich international gängigen Standards nähern und damit verbessern.

Die Strategie des gemeinsamen Marktes bietet daher die Chance, die Verbesserung der Qualität und die Senkung der Kosten der Arzneimittelversorgung ein gutes Stück vorwärts zu bringen. Sie bietet, wie der kritische Berliner Arzneimittelbrief kürzlich schrieb, "den Weg zu besseren Medikamenten in Europa"<sup>15</sup> zum Nutzen der Patienten und Verbraucher.

(Literatur beim Verfasser: Dr. Gerd Glaeske, Ltr. des Pharmakol. Beratungsdienstes der AOK Mettmann, Dürerstr. 29, 5620 Velbert 1)



Arbeitspapier für die Arbeitsgruppe Pharmaziegeschichte zur MV am 9.6.1990

Die Arbeitsgruppe Pharmaziegeschichte legt hiermit kein inhaltliches Thesenpapier vor, das von der Mitgliederversammlung verabschiedet werden könnte. Dieses Arbeitspapier soll dazu dienen, über die Situation der Arbeitsgruppe Pharmaziegeschichte nachzudenken und dazu auffordern, weitere Pläne für die Zukunft der Gruppe zu entwickeln. Nur der V. Teil dient der Weiterentwicklung des Programms.

### I. Die Idee der Arbeitsgruppe:

Die Arbeitsgruppe Pharmaziegeschichte kann dazu dienen,

- das Bedürfnis nach historischen Hintergrundwissen zu aktuellen Fragen der Standespolitik, der Berufspolitik, der Arzneimittelpolitik, der Wissenschaftsentwicklung, der sozialen Bedeutung der Pharmazie und den sozialen Problemen innerhalb des Apothekenwesens aufzugreifen,
- Erkenntnisse in die aktuelle Politik des VDPP hineinzutragen und zur Diskussion zu stellen,
- zur Beschäftigung mit pharmaziehistorischen Themen anzuregen und
- aus der Erkenntnis gemeinsamer Ziele mit den Befürwortern des Faches Sozialpharmazie für eine Etablierung dieses Faches in der Ausbildung der ApothekerInnen und PTA einzutreten.

### II. Inhaltliches:

- a. Bericht: die Berliner Mitglieder der Arbeitsgruppe haben im vergangenen Jahr ein Seminar über die Angestelltenbewegung im Apothekenwesen zur Zeit der Weimarer Republik vorbereitet und durchgeführt; weitere Informationen dazu auf Wunsch bei der MV;
- b. Artikel und Broschüre zu diesem Thema werden zur Zeit bearbeitet; die Broschüre soll zur MV bereits vorliegen; der Artikel erscheint voraussichtlich im Oktober in der DAZ;
- c. Sinn und Ergebnis des Seminars: Kennenlernen der Probleme im Apothekenwesen zur Zeit der Weimarer Republik, Darstellung der Angestelltenbewegung und ihrer Standespolitik, Vergleich der damaligen Angestelltenbewegung mit dem heutigen BVA, Haltung der damaligen Angestelltenvertretung zur Gewerkschaftsfrage, Tarifpolitik, Auseinandersetzung mit dem aufkommenden Nationalsozialismus, Alternativen zur damaligen Angestelltenvertretung, Diskussion über verschiedene Apothekenbetriebsrechtsformen; gerade letzteres kann die Phantasie über zukünftige Betriebsrechtsformen im Zusammenhang mit der deutsch-deutschen Vereinigung beflügeln; die Mitglieder, die das Seminarprojekt vorbereitet haben, stehen dem Verein zur Auskunftserteilung zur Verfügung; über die Namensnennung wird der VDPP durch den Artikel in der DAZ in der Fachöffentlichkeit bekannter werden.
- d. neues Projekt: zum Apothekertag 1991 soll an die Verfolgung, Vertreibung und Vernichtung jüdischer ApothekerInnen nach 1933 erinnert werden; zudem soll an die großen Schwierigkeiten erinnert werden, die zurückkehrende Emigranten nach 1945 mit der Wiedereinsetzung in ihre alten Rechte hatten; näheres dazu wird auf der MV mitgeteilt werden.

### III. Organisatorisches:

- a. Zur Situation der Arbeitsgruppe: die Berliner Mitglieder der Arbeitsgruppe haben sich zur Vorbereitung des Seminars und zur Herstellung von Artikel und Broschüre oft getroffen. Zu den nichtberliner Mitgliedern bestand über die Arbeitsgruppe im vergangenen Jahr kaum Kontakt; von einer funktionierenden Arbeitsgruppe kann man also nur für den Ber-

liner Raum sprechen.

- b. Zur zukünftigen Gestaltung von Projekten: Zur Vorbereitung des Projektes "Verfolgung, Vertreibung, Vernichtung jüdischer ApothekerInnen" sind alle Mitglieder der Arbeitsgruppe und des Vereins aufgerufen. Die bisherige Erfahrung zeigt, daß eine häufige Aussprache über den Stand der Vorbereitungen unbedingt nötig ist. Ein Alleinarbeiten ist uneffektiv und nicht motivierend. Trotzdem mag es Einzelkämpfer geben, die sich allein für ein Thema vorbereiten wollen und können. Deren Initiative sollte gefördert werden. Über das Wie muß noch diskutiert werden. Grundsätzlich scheint es aber besser zu sein, wenn sich Interessenten zur Vorbereitung eines Projektes aufgrund der räumlichen Nähe häufig treffen können.

#### IV. Zum Treffen der Arbeitsgruppe Pharmaziegeschichte auf der MV am 9.6.90:

Die Arbeitsgruppe sollte folgende Punkte besprechen:

- Erfahrungsaustausch: Wünsche und Erwartungen an die Arbeitsgruppe, Erfahrungen mit dem bisher durchgeführten Projekt "Angestelltenbewegung...";
- Wie soll es mit der Arbeitsgruppe weitergehen? Welche Themen werden außer dem bereits bestehenden Thema gewünscht? Ist es nicht günstiger, in Regionalgruppen zu arbeiten?
- Projekt: "Verfolgung, Vertreibung und Vernichtung jüdischer ApothekerInnen". Informationen über den Stand der Vorbereitung, Erarbeitung von Möglichkeiten, wie auch Nichtberliner an dem Projekt mitarbeiten können.

#### V. Zur Weiterentwicklung des Programms des VDPP:

1. Zum Thema: Angestellte im Apothekenwesen: Um in einer Zeit grundlegenden Wandels des Apothekenwesens die Interessen der Angestellten in Apotheken wirksam vertreten zu können, ist der Zusammenschluß aller dort abhängig Beschäftigten in der Gewerkschaft unbedingt notwendig. Nur die Gewerkschaft, in der alle abhängig Beschäftigten gleichberechtigt und solidarisch die sich aus dem Abhängigkeitsverhältnis ergebenden Probleme gemeinsam diskutieren und ihre Interessen gegenüber den Arbeitgebern durchsetzen, hat aufgrund ihrer großen Kampfkraft die Möglichkeit dazu. Ein nur berufsständischer Zusammenschluß der Angestellten wird auf Dauer die anstehenden Probleme nicht lösen können. Die Zusammenarbeit mit anderen, nicht im Apothekenwesen Beschäftigten ist Grundpfeiler eines solidarischen Verhaltens aller abhängig Beschäftigten.

Aus der Beschäftigung mit der Angestelltenvertretung im Apothekenwesen zur Zeit der Weimarer Republik ist uns klar geworden:

- Der Verband deutscher Apotheker (V.d.A.), der als Interessenvertretung der angestellten Apotheker 1904 gegründet wurde, nahm schon früh Apothekenbesitzer als Mitglieder auf. Zwischen 1916 und 1920 wurde der Verband sogar von einem Apothekenbesitzer geleitet, der bis zum Ende der Weimarer Republik maßgeblichen Einfluß auf die Verbandsführung besaß.
- Der V.d.A. bezeichnete sich seit 1922 als Gewerkschaft. Seit diesem Zeitpunkt konnten Besitzer nicht mehr Mitglied im Verband sein. Der Anschluß des V.d.A. an den Gewerkschaftsbund der Angestellten (GDA) bedeutete keine Änderung der auf Ausgleich mit den Besitzern angelegten Politik.
- Der V.d.A. war im Sinne eines auf Gleichberechtigung und Solidarität beruhenden Gewerkschaftsgedankens keine Gewerkschaft:
  - er bekämpfte die in der Apotheke beschäftigten Hilfskräfte als "Totengräber des Standes" und forderte ihre Entlassung;
  - der Besitz einer Apotheke als Ziel eines angestellten Apothekers war Dreh- und Angelpunkt der politischen Arbeit des V.d.A.; diesem Ziel hatte sich die Gewerkschaftsarbeit unterzuordnen;

- dies war auch der Grund dafür, daß sich der V.d.A. trotz eines hohen Organisationsgrades mit bescheidenen Tarifabschlüssen zufriedengab.
- Der V.d.A. wurde stets von Apothekern geführt, die sich den bürgerlichen Parteien "bis weit nach rechts" nahe fühlten; eine Zusammenarbeit mit Nationalsozialisten wurde nicht verhindert, deren letztlich gewerkschaftsfeindliche Einstellung nicht erkannt.
- Obwohl sich der V.d.A. im GDA mit anderen Angestellten zusammengeschlossen hatte, zeigte er nur wenig solidarisches Verhalten gegenüber anderen abhängig Beschäftigten, vor allem gegenüber den Arbeitern, deren Gewerkschaften er stattdessen eher bekämpfte. In der Zersplitterung der Gewerkschaften ist ein Grund für das Scheitern der Gewerkschaftsbewegung am Ende der Weimarer Republik zu sehen.

Aus diesen Gründen ist nach unserer Ansicht nur die Einheitsgewerkschaft die richtige Organisationsform der Angestellten. Eine Zersplitterung in Angestellten- und Arbeitergewerkschaften oder gar in berufsständische Einzelorganisationen führt letztlich zur Schwächung des auf Solidarität beruhenden Gewerkschaftsgedankens.

## 2. Zum Thema: Sozialpharmazie:

Die neue Approbationsordnung für Apotheker berücksichtigt nicht die wissenschaftlichen Grundlagen einer theoretischen und systematischen Reflexion über die Aufgaben des Apothekerberufes im Rahmen unseres Gesundheitswesens. Die gesetzliche Aufgabe des Apothekers erfordert in einem modernen Industrie- und Sozialstaat mehr als nur naturwissenschaftliche und pharmakologische Kenntnisse. Die Einbettung der Arzneimittelversorgung in die Strukturen unseres Sozial- und Gesundheitswesens muß verstanden und mit wissenschaftlichen Methoden auch der Sozial-, Wirtschafts- und Geisteswissenschaften analysiert und bewertet werden. In dieser Beziehung waren die Angehörigen des Apothekerberufes bisher völlig unzureichend ausgebildet. Grundlage einer Auseinandersetzung mit dieser Problematik ist die Beschäftigung mit der Geschichte der Naturwissenschaften unter besonderer Berücksichtigung der Pharmazie, mit den speziellen Rechtsgebieten für ApothekerInnen sowie mit den Themen des Faches Sozialpharmazie, wie es in nordeuropäischen Ländern, in den USA und auch in der DDR bereits gelehrt wird. Dieses Fach sollte Methoden der Außenseitermedizin, und Homöopathie sowie sozialwissenschaftliche, wirtschaftswissenschaftliche und geisteswissenschaftliche (wissenschaftstheoretische, ethische) Aspekte des Arzneimittelbegriffs, der Arzneimittelverteilung und des Arzneimittelgebrauchs beinhalten. Gerade die letztgenannte Lehrveranstaltung ist bei größtmöglicher Wahlfreiheit seitens der Studenten geeignet, den angehenden ApothekerInnen die gesellschaftliche Einbindung ihres Berufes besser verständlich zu machen und damit ihre Rolle im Gesundheitswesen besser zu begründen. Deswegen muß bei einer Neufassung der Approbationsordnung dieses neue Fach in die Ausbildung der ApothekerInnen eingebaut werden (die Verbreitung des Faches Sozialpharmazie wurde von einigen Pharmaziehistorikern vorangetrieben; die hier niedergelegten Thesen für die nicht-laboratoriumsgebundenen Fächer entstammen weitgehend einer nicht eingereichten Vorlage dieser Pharmaziehistoriker an das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit).

# Chemiewaffen sollen vernichtet und durch neue ersetzt werden

**Rund 40 000 Tonnen chemischer Munition befinden sich derzeit in US-Depots in den USA und Europa, das schätzen Fachleute. Das Giftgas soll jetzt vernichtet und durch eine neue Generation chemischer Waffen ersetzt werden. Bundeskanzler Helmut Kohl hat einer Stationierung auf deutschem Boden „im Eventualfall“ bereits zugestimmt.**

Der Zustand der sowohl in den USA wie auch in der Bundesrepublik gelagerten Giftgas-Munition bereitet der US-Army zunehmend Sorge. 1984 kam eine Expertengruppe des Pentagon zu der Feststellung, daß zwar „die Munitionskomponenten noch in relativ guter Verfassung sind“, jedoch die chemischen Wirkstoffe „einer katastrophalen Zersetzung unterliegen könnten, so daß die Munition ab 1990 völlig unbrauchbar wird“. Im Frühjahr 1988 berichtete der demokratische Senator John Glenn, daß bei den in den USA gelagerten Vorräten pro Jahr bis zu tausend undichter Stellen entdeckt würden. Der Zustand der C-Waffen sei „ein ernstes Problem“, das sich mit zunehmendem Alter der Waffen nicht verbessere.

Demgegenüber behauptet die Bundesregierung in einem Brief an den Dahner Verbandsgemeinderat, auf dessen Gebiet das C-Waffen-Depot Fischbach liegt: „Von der in der Bundesrepublik derzeit noch gelagerten chemischen Munition der USA geht keine Gefährdung für die Bevölkerung aus.“ Unbeantwortet blieb die Frage, warum der Zustand der in der Bundesrepublik gelagerten C-Munition wesentlich besser sein soll als der Zustand der in den USA deponierten Giftwaffen. Immerhin herrscht an den amerikanischen Lagerorten durchgängig ein trockenes Wüstenklima, während die Munition hier einem feuchten, korrosionsverstärkenden Wetter ausgesetzt ist.

Eine deutliche Sprache spricht ein internes Handbuch für Munitionsspezialisten der US-Air-Force: „Ein Unfall mit chemischen Waffen ist eine immerwährende Bedrohung jeder Einrich-

tung der US-Air-Force. Moderne Waffentechnologie haben die Bedrohung geringer werden lassen, doch Unfälle können immer noch vorkommen.“

Seit einigen Jahren ist die US Army der Auffassung, daß die eingelagerte Giftgas-Munition gar nicht mehr militärisch eingesetzt werden kann, weil jeder Versuch einer Handhabung oder eines Transports in eine Katastrophe führen könnte, die die eigenen Mannschaften gefährden würde. Seit längerer Zeit ist auf dem Boden der USA daher jeder Giftgas-Transport untersagt.

## Alternativen zum Transport

Die in der Bundesrepublik gelagerten 4000 Tonnen Chemiemunition sollen jetzt auf dem Seeweg in die USA abtransportiert werden. Einzelheiten des Abzugs werden jedoch von der Bundesregierung geheimgehalten. Völlig anders ist die entsprechende Praxis in den USA. Im Januar 1988 hat die US Army eine umfangreiche Umweltverträglichkeitsstudie zur Beseitigung der C-Waffen-Altbestände vorgelegt.

Das Gutachten benennt fünf Alternativen:

1. Die fortgesetzte Lagerung der Kampfstoffe in ihren gegenwärtigen Depots (wurde als „noaction alternative“ nur zu Vergleichszwecken untersucht).
2. Die Vor-Ort-Vernichtung der Kampfstoffe an ihrem gegenwärtigen Lagerort.
3. Eisenbahn-Transport der Kampfstoffe in zwei regionale Vernichtungszentren im Anniston Army Depot und im Tooele Army Depot.
4. Eisenbahn-Transport der Kampfstoffe in ein einziges nationales Vernichtungszentrum im Tooele Army Depot.
5. Abtransport der C-Waffen-Vorräte aus zwei kleineren, in dichtbesiedelten Gegenden liegenden Depots per Flugzeug ins Tooele Army Depot und anschließende Vernichtung in den (dann sechs) Lagerorten.

Für die USA, so die Pentagon-Studie, wurde jeder Transport als so gefährlich eingestuft, daß sich die US-Army für eine Verbrennung „an Ort und Stelle“

entschieden hat. Im Unterschied zur Bundesrepublik hat mit der betroffenen Öffentlichkeit eine umfassende Diskussion stattgefunden, der die Army bei ihren weiteren Planungen Rechnung tragen muß. Die betroffenen Behörden der unteren Ebenen wurden in die Planung umfassend einbezogen, besonders hinsichtlich des Gesundheits- und Umweltschutzes. Gemeinsam wurden und werden umfassende Katastrophenpläne entwickelt.

## Todeszone: 35 Kilometer

Auch die Verbrennung der Altmunition „vor Ort“ ist alles andere als ungefährlich, so die US-Studie: „Bei der Lagerung vor der Vernichtung, dem Transport zur Verbrennungsanlage und während der Verbrennung können durch Unfälle chemische Kampfstoffe in die Atmosphäre gelangen.“ Eine Todeszone von 35 Kilometern errechnen die US-Experten für einen Chemiewaffen-GAU. Trotzdem – die Verbrennung „vor Ort“ erscheint den US-Experten als die risikoloseste Methode. Zehnmal so gefährlich wäre die Fortsetzung der Lagerung, da es bei zunehmendem Alter der Munition immer häufiger zu Lecks kommt. Auch der Abtransport wäre risikoreicher als die Verbrennung „vor Ort“.

Eingehend untersucht hat man das am Beispiel der Nervengasmunition, die im Lexington Blue Grass Arsenal im US-Bundesstaat Kentucky gelagert ist. Dort befinden sich 1,6 Prozent der US-Giftgasvorräte in einem relativ dicht besiedelten Gebiet, vergleichbar mit dem der Bundesrepublik. Käme es beim Abtransport zu einer Katastrophe, so wäre bei ungünstigen Witterungsbedingungen mit 23 000 Toten zu rechnen.

## Pilotanlage für Verbrennung

Eine Pilotanlage zur C-Waffen-Vernichtung wurde auf den Johnston-Islands errichtet; seit längerer Zeit schon arbeitet eine Verbrennungsanlage im amerikanischen Tooele-Army-Depot, 90 Kilometer südlich von Salt Lake City im US-Bundesstaat Utah.

Die Vernichtung chemischer Altmunition durch Verbrennung ist ein technisch höchst risikoreicher Prozeß. Die Geschosse werden zunächst gewogen, dann entfernen Spezialisten die Zünder. Dann kommen die Munitionsteile in die eigentliche Verbrennungsanlage. Höchstens zwei Stunden dürfen sich die Arbeiter in den nervengasverseuchten Kammern aufhalten. Ihr Schutzanzug, ausgestattet mit Gasmaske, Gegensprechanlage und automatischem Warngerät, wird nach dem Zwei-Stunden-Einsatz vernichtet. Pro

Stück Munition kostet die Verbrennung zwischen 30 und 130 Dollar, der Gesamtaufwand für die Vernichtung der amerikanischen Altbestände wird von Fachleuten auf mehrere hundert Millionen Dollar geschätzt.

### **Neue C-Waffen-Generation**

Während die chemische Altmunition der Amerikaner vernichtet wird, beginnt man in den USA mit der Produktion einer neuen C-Waffen-Generation, der 'Binär-Waffen'. Beim Einsatz ist die binäre Munition genauso giftig oder sogar noch giftiger als die herkömmliche chemische Munition. Der Unterschied liegt in der Konstruktion der Waffe: In der Bombe oder Granate befinden sich zwei Kammern, die mit relativ ungefährlichen Komponenten gefüllt sind. Beim Abschluß wird die Trennscheibe zerstört, die beiden Komponenten werden vermischt und reagieren miteinander zu einem hochwirksamen Kampfstoff.

Der 'Vorteil' für die Militärs liegt auf der Hand: Binäre Munition ist leichter zu handhaben; die Gefährdung der eigenen Mannschaften ist wesentlich geringer; die Munition bedarf keiner hochgesicherten Spezialdepots, sondern kann praktisch überall gelagert werden.

### **Stationierung in der Bundesrepublik**

Am 4. Dezember 1987 unterschrieb Präsident Reagan das Gesetz für den Verteidigungshaushalt 1988 und 1989. Der Abschnitt über chemische Waffen koppelt den Abzug der Alt-C-Waffen aus der Bundesrepublik mit der Stationierung der neuen binären Munition. In Kapitel 126 des Gesetzes heißt es nämlich: „Chemische Munition der Vereinigten Staaten, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes in Europa gelagert wird, darf nicht abgezogen werden, bevor diese Munition zeitgleich durch binäre Munition auf dem Boden wenigstens eines einzigen europäischen NATO-Mitglieds ersetzt wird.“ Nach Lage der Dinge kann dieses „einzige europäische NATO-Mitglied“ nur die Bundesrepublik Deutschland sein. Wenige Tage nach Inkrafttreten dieses Gesetzes begann im Depot 'Pine Bluff' in Arkansas die Produktion binärer Munition.

Mitte Januar 1989 berichtete die 'Washington Post', daß die USA in den nächsten zehn Jahren eine Million Stück binärer Munition herstellen werden. Die Pläne sahen vor, daß zunächst Artilleriegranaten, dann BIGEYE-Bomben für den Abwurf von

Flugzeugen und schließlich binäre Raketenmunition gebaut werden sollen. Die Kosten beliefen sich auf drei Milliarden Dollar. Daraufhin erklärte der Direktor der Behörde für Rüstungskontrolle und Abrüstung, General William Burns, die Zahl sei „ziemlich übertrieben“, bestätigte aber, daß die USA an der Produktion binärer Waffen festhielten. Im Oktober 1989 erklärte die US-Regierung, sie werde auch nach dem möglichen Abschluß eines Abkommens zum Verbot chemischer Waffen die Produktion binärer Waffen noch bis zu zehn Jahren fortsetzen.

### **Der „Eventualfall“**

Die Verantwortlichen der US-Streitkräfte haben nie einen Hehl daraus gemacht, daß sie die binäre Munition am liebsten dort sehen würden, wo sie gebraucht wird, nämlich dort, „wo auch die Truppen stehen“. Und tatsächlich: Am Rande des Tokioter Gipfels wurde nicht etwa der „ersatzlose Abzug“ der Altbestände an Giftgas vereinbart, wie die Bundesregierung seither behauptet, sondern Bundeskanzler Kohl stimmte in bezug auf die neuen binären Kampfstoffe einer „zeitweiligen Verbringung im Eventualfall“ auf den Boden der Bundesrepublik zu. Am 22. Mai 1986 billigten die Verteidigungsminister der NATO im „Streitkräfteziel“ für die Jahre 1987 bis 1992 die Produktion binärer Waffen.

Mit anderen Worten: Im „Eventualfall“, ein Begriff, der völlig unscharf ist (unser Grundgesetz kennt nur den Spannungs- und den Verteidigungsfall), könnten innerhalb weniger Stunden binäre Waffen in die Bundesrepublik eingeflogen und auch eingesetzt werden, wenn die entsprechende Infrastruktur und vor allem die Waffensysteme (Haubitzen, Raketenwerfer, Flugzeuge) vorhanden sind. Denkbar wäre auch die Vorausstationierung der schwereren Komponente einschließlich der Munitionsteile. Die zweite Komponente könnte im Bedarfsfall mit wenigen Transportflügen nach Europa verbracht werden. Die nächste Runde der chemischen Aufrüstung einschließlich der Stationierungsvorbereitungen für binäre Kampfstoffe in der Bundesrepublik hat also bereits begonnen.

### **Einflußmöglichkeiten**

Wer auf den Abzug beziehungsweise die Neustationierung der Chemiewaffen in der Bundesrepublik Einfluß nehmen möchte, sieht sich einer juristisch komplizierten Situation gegenübergestellt. Wohl ist die Bundesrepublik ein souveräner Staat. Der Deutschland-

vertrag vom 26. Mai 1952 hat die Besetzung definitiv beendet. Dort heißt es in Artikel 1: „Die Bundesrepublik wird ... die volle Macht eines souveränen Staates über ihre inneren und äußeren Angelegenheiten haben.“ Allerdings hat die Bundesrepublik mit der Zulassung fremder Truppen auf ihrem Gebiet nach den allgemeinen Regeln des Völkerrechtes auf die Ausübung der souveränen Rechte insoweit verzichtet, als es die Wahrung der Disziplin und der Kampfbereitschaft der Truppen erfordert. In den jetzigen Friedenszeiten besteht aber kein Anlaß, diese völkerrechtliche Ausnahme anzuwenden.

Die Rechtsstellung der NATO-Truppen richtet sich jetzt nach dem NATO-Truppenstatut (NT) von 1951 und dem Zusatzabkommen zum NATO-Truppenstatut (ZANT) von 1959. Diese Abkommen sind internationale Verträge, denen die Bundesrepublik verpflichtet ist und die dem bundesdeutschen Recht vorgehen, sofern sie spezielle Regeln für eine bestimmte Materie enthalten.

### **NATO-Truppenstatut**

Was sagen diese beiden Abkommen nun zum Verhältnis der Stationierungstreitkräfte gegenüber dem bundesdeutschen Recht? Die Generalklausel steht in Artikel II des NT: „Eine Truppe und ihr ziviles Gefolge ... haben die Pflicht, das Recht des Aufnahmestaates zu achten.“ Die allein verbindlichen englisch- bzw. französischsprachigen Texte verwenden die Worte „to respect“ beziehungsweise „respecter“. Diese Verpflichtung gilt aber nur eingeschränkt innerhalb der von der NATO genutzten Grundstücke (Art. 53 ZANT) und für die Truppenfahrzeuge (Art. 57 ZANT). Die Fahrzeuge dürfen von ihrer Bauart und Ausstattung her den deutschen Vorschriften widersprechen, müssen aber die Bestimmungen des Heimatlandes einhalten.

Zur Verwirklichung der Pflicht zur Achtung des deutschen Rechtes bestimmt Art. 3 ZANT, daß eine enge Zusammenarbeit zwischen den deutschen Behörden und den Truppenbehörden stattzufinden hat: „Im Rahmen der ... vorgesehenen Zusammenarbeit gewährleisten die deutschen Behörden und die Behörden einer Truppe durch geeignete Maßnahmen eine enge gegenseitige Verbindung.“

### **Politischer Druck entscheidend**

Zwangsmaßnahmen, um deutsches Recht gegenüber den Stationierungs-

truppen durchsetzen zu können, sehen die Verträge nicht vor. Die deutschen Behörden und die betroffene Bevölkerung sind deshalb allein auf Verhandlungen und politischen Druck angewiesen, um deutsche Normen gegenüber den ausländischen Truppen durchzusetzen. Die unterschiedlichsten Verwaltungsgerichte haben dies immer wieder bestätigt und verweisen darauf, daß kein Anspruch besteht, deutsches Recht gegenüber den NATO-Truppen durchzusetzen, sondern daß allein der Anspruch auf Verhandlungen zwischen den deutschen Behörden und den NATO-Truppen einklagbar ist (so zum Beispiel VGH Kassel, NJW 1984, 2055; VG Oldenburg, NJW 1989, 1942).

Schwieriger ist die Situation, wenn mit den Waffen auch die Soldaten abgezogen sind und das Depotgelände wieder zivil genutzt wird. Wenn das Gelände an einen privaten Eigentümer zurückgegeben worden ist, muß nach Artikel 40 Absatz 10 ZANT jeweils die Hälfte der Sanierungskosten von der Bundesrepublik beziehungsweise dem Heimatstaat der Truppe getragen werden.

Dies gilt jedoch nicht, wenn die Bundesrepublik oder ein Bundesland der Eigentümer des betroffenen Grundstückes ist. In diesem Fall muß der deutsche Steuerzahler die Folgekosten für die Verteidigung seiner Freiheit alleine tragen.

QUS : ÄRZTE ./ ATOMKRIEG / 31

## Literatur zum Thema:

- Schröder, Zur Anwendung deutscher ordnungs- und sicherheitsrechtlicher Vorschriften auf Truppen der Stationierungstreitkräfte, Deutsches Verwaltungsblatt 1972, S. 484
- Sennekamp, Die völkerrechtliche Stellung der ausländischen Streitkräfte in der Bundesrepublik Deutschland, Neue juristische Wochenschrift (NJW) 1982, S. 2731
- Ronellenfisch, Zum Rechtsschutz bei Baumaßnahmen der Stationierungstreitkräfte, Verwaltungsarchiv 1985, S. 317
- Ranzelzhofer/Harndt, Genehmigung und Durchführung von Flugtagen der in der Bundesrepublik Deutschland stationierten Streitkräfte, NJW 1989, S. 425
- Deiseroth, US-Truppen und deutsches Recht, Bernecker Verlag 1986
- Bundesverfassungsgericht, Beschluß vom 29.10. 1987 zur Lagerung chemischer Waffen in der Bundesrepublik, NJW 1988, S. 1651

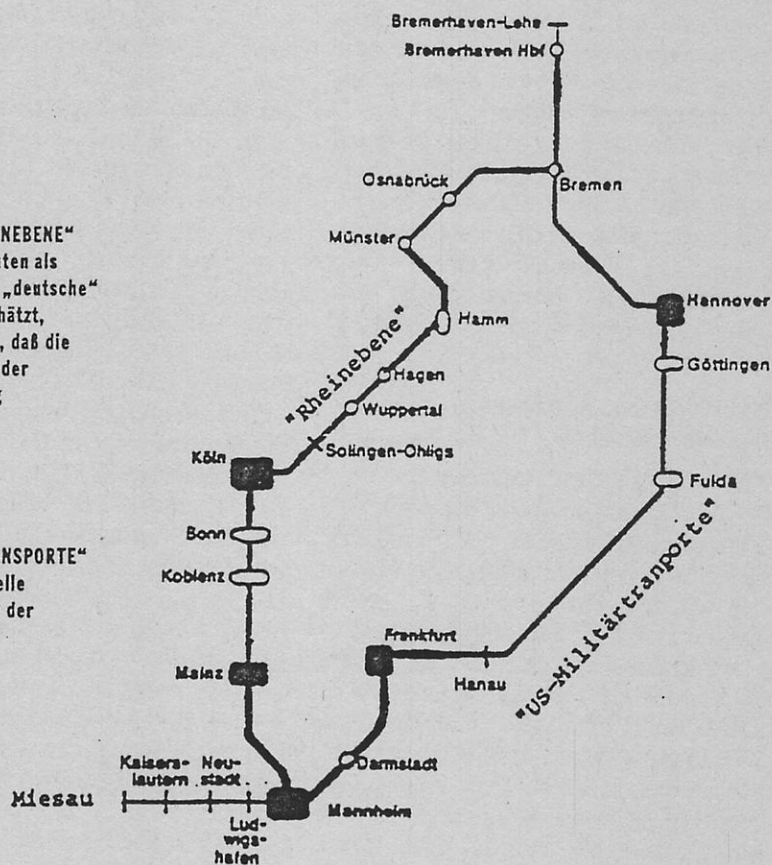
## Altlasten von Chemiewaffendepots

Es stellt sich auch die Frage, was mit eventuellen Altlasten auf dem Gelände der (ehemaligen) Chemiewaffendepots zu geschehen hat. Wer hat für Sanierungskosten aufzukommen?

Wenn das Gelände auch nach dem Waffenabzug von den Amerikanern weiter genutzt wird, ist die Rechtslage klar. Dann ist das Verursacherprinzip uneingeschränkt anwendbar und die US-Truppen müssen selbst für die Beseitigung gefährlicher Altlasten sorgen. Gerät beispielsweise nach einem Unfall auf einem Depot Öl oder ein anderer gefährlicher Stoff über den Boden in das Grundwasser und überschreitet mit dem Grundwasserstrom die Grundstücksgrenze, dann kann die deutsche Behörde eine Sanierung anordnen. (Schröder, Deutsches Verwaltungsblatt 1972, S. 484/487). Nötige Untersuchungen auf dem Depotgelände müßten die US-Truppen dulden und unter Umständen durch Informationserteilung auch fördern, da sie zu einer engen Zusammenarbeit mit den deutschen Behörden nach dem ZANT verpflichtet sind.

Die Route „RHEINEBENE“ wird von Fachleuten als wahrscheinliche „deutsche“ Strecke eingeschätzt, d. h. für den Fall, daß die Bundesbahn mit der Streckenplanung beauftragt wird.

Die Route „US-MILITÄRTRANSPORTE“ ist die traditionelle Streckenführung der US-Army für ihre Munitionszüge.



Thomas Hammer, der "kommissarische" Koordinator der AG Frieden und Abrüstung, steht bisher allein auf weiter Flur und würde sich über Unterstützung sicher freuen. Er hat vor, in Sachen Chemiewaffen-Transporte an die zuständigen Landesapothekerkammern zu schreiben, ob eine vorsorgende Katastrophenschutzplanung existiert.

Thomas ist zur MV in Schmittens sicher anwesend, so daß sich dort bei Interesse ein Arbeitskreis formieren kann.

Wer selbst im Zusammenhang mit den Transporten etwas unternehmen will, findet Hinweise dazu auf der nächsten Seite.

# Möglichkeiten der Einflußnahme

Private Anwohner an den Fahrtrouten der Chemiewaffentransporte haben keine direkte juristische Einwirkungsmöglichkeit auf die US-Truppen. Ihnen bleibt aber die Möglichkeit, von den verschiedenen Behörden zu verlangen, die deutschen Rechtsvorschriften für Gefahrguttransporte gegenüber den Amerikanern zur Geltung zu bringen. In Frage kommen die kommunalen Ordnungsbehörden, die für Umweltschutz beziehungsweise Gefahrguttransporte zuständigen Landesbehörden und natürlich das Verteidigungsministerium in Bonn. Die jeweilige Behörde müßte auf die Möglichkeit der gefährlichen Transporte durch die NATO-Truppen hingewiesen und ein Antrag auf Geltendmachung deutscher Gesetze gestellt werden. Lokale Besonderheiten sollten dabei angesprochen werden.

Dieser Antrag kann aber nur gegen die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch den Bundesminister der Verteidigung, vor einem Verwaltungsgericht eingeklagt werden. Die Bundesländer und die Kommunen haben keine Zuständigkeit für Verhandlungen auf der Basis von internationalen Verträgen und können hier deshalb nicht verklagt werden.

Für die Kommunen gilt ähnliches wie für die Bürger. Sie könnten jedoch einen erheblich erweiterten Forderungskatalog aufstellen. Eine Gemeinde kann auf lokale Besonderheiten wie Unfall-

schwerpunkte, Wasserschutzgebiete, Schulen oder Kindergärten hinweisen und die Einhaltung einer bestimmten Fahrtroute einfordern.

## Bundesländer

Auch die Länder haben die Möglichkeit, sich direkt an die Stationierungstreitkräfte und ihre Behörden zu wenden und die Beachtung der deutschen Gesetze zu verlangen. Ihre intime Kenntnis der unterschiedlichen betroffenen Rechtsmaterien läßt dabei die genauesten Forderungskataloge gegenüber den Truppen erwarten. Ein Bundesland könnte zudem über den Bundesrat eine Initiative zur Änderung des NATO-Truppenstatuts starten, wie es Rheinland-Pfalz Ende Dezember 1989 bereits angekündigt hat. Ein Ziel müßte sein, die NATO-Truppen wesentlich enger auf das deutsche Recht zu verpflichten.

## Bundesregierung

Die Bundesregierung ist letztendlich die entscheidende Stelle für Verhandlungen mit den NATO-Streitkräften. Sie müßte die Amerikaner beim Chemiewaffenabzug intensiv auf die vertragliche Verpflichtung zur Achtung der deutschen (Umwelt-)Gesetze hinweisen und auf die nachweisliche Verwirklichung der besten Sicherheitsstandards drängen. Sollten die Amerikaner dieser Auslegung des NT widersprechen, müßte der in Art. XVI des

NT vorgesehene Weg der Verhandlungen zur Streitbeilegung eingeschlagen werden.

## Gefahrgutverordnung

Für die Beförderung gefährlicher Güter auf öffentlichen Straßen gilt jedoch die Sonderregelung des Paragraphen 8 Absatz 1 der Gefahrgutverordnung Straße von 1985 (GGVS). Danach sind die Vorschriften dieser Verordnung auch von den Stationierungstreitkräften als Mindeststandard zu beachten. Die NATO-Truppen dürfen zwar, sofern es die Interessen der Landesverteidigung erfordern, von den Vorschriften dieser Verordnung Ausnahmen zulassen. Doch selbst in diesem seltenen Fall, so die Einschätzung des Bundesverfassungsgerichtes im Chemiewaffenbeschluß von 1987, „dürfen Ausnahmen vom Verbot der Beförderung eines bestimmten Gutes oder Abweichungen von dem nach der Verordnung einzuhaltenen Sicherheitsstandard lediglich unter Sicherheitsvorkehrungen zugelassen werden, die nach den von dem zu transportierenden Gut ausgehenden Gefahren erforderlich sind und dem Stand von Wissenschaft und Technik entsprechen“. (BVerfG NJW 1988, 1651 [1656 rechte Spalte]). Das höchste deutsche Gericht schließt darin die Chemiewaffentransporte der Stationierungstreitkräfte ausdrücklich mit ein.

## In Frauenfragen Frauen fragen?

Unter dieser Überschrift fand während der Internationalen Pharmazeutischen Fortbildungswoche in Davos im Januar 1990 eine Podiumsdiskussion statt, die sich erstmals auf einer Bundesapothekerkammer-Veranstaltung mit der Situation von berufstätigen Frauen beschäftigte. Insbesondere sollte darüber diskutiert werden, warum so wenige Apothekerinnen sich standespolitisch betätigen.

Erstaunlicherweise kamen etwa 100 ApothekerInnen zu dieser Veranstaltung – erstaunlich deshalb, weil die „Frauenfragestunde“ nach den abendlichen Vorträgen zwischen 19.00 und 20.00 Uhr stattfand. Abendbrotzeit im Wintersportort Davos, und vielen knurrte der Magen! Die Zusammensetzung des Podiums war – leider – so, wie es sich die Standesherrn wünschten. Als Vorzeigefrau mußte Reinhild Berger, bekannte Frauen-DAZ-Redakteurin, links außen sitzen, Gesprächsleiterin und die anderen drei Damen waren mehr oder weniger konservative, nichtssagende (im wahrsten Sinne des Wortes) Hausmütterchen. Kein Wunder, daß keine kämpferische Stimmung aufkam.

Die Fragenkomplexe, die angesprochen wurden, boten ebenfalls keinen Spreng-

stoff: Welche Motivation kann Frau sich für ein standespolitisches Engagement vorstellen (nicht etwa, welche sie hat). Dann wurde die altbekannte Rollen- und Erziehungsdiskussion geführt. Zur Quotierung herrschte Einigkeit: Brauchen Frauen nicht: Leistung zählt, nicht Geschlecht (haben wir denn gar nichts gelernt?) und Frau „müsse nur wollen“ (auf anderem Gebiet will sie nach männlichen Vorstellungen ja auch immer).

Eine einzige „Verrückte“ aus der Berliner Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer plädierte doch tatsächlich für Quotierung, milde belächelt von Friese, Stürzbecher und dem Podium. Männliche Kommentare zur Veranstaltung sind nachzulesen in der PZ, Nr. 4 (1990), und im Montagsblättle der DAZ vom 29. Januar 1990.

Nach dieser Erfahrung trotzdem in Frauenfragen Frauen fragen? Ja – und zwar vom 11. bis 13. Mai 1990 wird in Kaufungen ein Frauenseminar stattfinden, auf dem wir unsere Position zur Quotierung und zur Rolle der Frau in Apotheke, Standespolitik und Gesellschaft festigen wollen.

Man(n) muß Frauen an die Macht lassen – wo sollen sich Frauen qualifizieren, wenn nicht in verantwortungsvollen Positionen – wo können sie Leistung zeigen, wenn nicht nach der Übernahme von Ämtern? Die Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit Frauen, wie jetzt schon Männer, Familie, Beruf und (standes-)politisches Engagement miteinander vereinbaren können!

Dr. Regina Schumann, Vorstandsmitglied VDPP, ÖTV-Mitglied und Delegierte der Fraktion Gesundheit in der Berliner Apothekerkammer, Zimmermannstraße 17, 1000 Berlin 41

VDPP-PROGRAMM: 2., erweiterte und verbesserte Auflage 1991

Von den 3500 blauen Broschüren unseres Gründungsprogramms sind nur noch 500 übrig - im nächsten Jahr soll eine Neuauflage gedruckt werden, die neben der Satzung auch die Beitragsordnung und die jetzt erarbeitete Geschäftsordnung des Vereins enthalten soll.

Wichtiger aber ist, daß wir unser Programm überarbeiten und aktualisieren. Dazu sind neben den Arbeitsgruppen und Arbeitsgruppenkoordinatoren alle Mitglieder aufgerufen. Während unserer nächsten Mitgliederversammlung werden wir sicher in den Arbeitsgruppensitzungen und der Plenumsdiskussion die Grundlagen dafür schaffen.

Neu aufgenommen werden müssen unsere Vorstellungen zum Umweltschutz - hier hat Eugen Eschenlohr schon einen Beitrag geleistet - und zur Entwicklung in der DDR - nimmt einen breiten Raum in der Mitgliederversammlung ein -. Nehmt Euch bitte das Programm vor und überlegt, welche Punkte noch fehlen. Aktualisiert und konkretisiert das bestehende, denn Stillstand ist Rückschritt!

Für die Koordination der Überarbeitung habe ich mich bereit erklärt und werde dabei von Thomas Schulz-Schalge edv-mäßig unterstützt.

Bitte sendet Anregungen, Programmentwürfe u.a. an  
Regina Schumann, Zimmermannstr. 17, 1000 Berlin 41

Längere Artikel sollten als Diskette an  
Thomas Schulz-Schalge, Rothenburgstr. 3, 1000 Berlin 41  
geschickt werden.

Regina



# VDPP

## Kontaktadresse:

Susanne Meyer  
Fleming Apotheke  
Grindelallee 153  
2000 Hamburg 13  
☎ 040 - 45 87 68

P R O T O K O L L

der außerordentlichen Vorstandssitzung  
am 10.3.90 in Berlin

Anwesende Vorstandsmitglieder:

U. Breckheimer, G. Dieckvoß, G. Glaeske, G. Hahn, F. Kirchner,  
S. Meyer, E. Prell, R. Schumann

Entschuldigt: H. Lederer

Weitere TeilnehmerInnen:

U. Hagemann, T. Hammer, U. Puteanus, T. Schulz-Schalge,  
I. Simon, I. Yousif

Gastreferentin: H. Böttcher (DDR)

Versammlungsleitung: G. Glaeske

Protokoll: F. Kirchner

Beginn: 10.30 Uhr

## 1. Vorstandsberichte

G. Hahn

Kontakte bzw. Mitgliedschaft bei der internationalen Verbraucherorganisation Health Action International (HAI) und der Initiative FORW-Stop angeregt, es sollen noch nähere Informationen angefordert werden, Entscheidung wird vertagt

G. Glaeske

Seminar zum EG-Binnenmarkt 93 in Vorbereitung, organisatorisch stehen zwei Möglichkeiten zur Auswahl, entweder in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsakademie e.V. im Rahmen der Jahrestagung am 18.-20.10.90 in Boest oder in eigener Regie in Bremen mit freier Teilnahme, die Mehrheit der Vorstandsmitglieder befürwortet nach kurzer Diskussion die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsakademie

Kritik am aundbrief-Beitrag von E. Seybert zur Frauenverbund, vorrangige Quellen sollten besser genutzt und angegeben werden, der Beitrag E. S. wurde von Ibrahim Fortoulonidziliya ver-

Protokoll / 2

teilt, als Verbesserungsvorschlag wurde angeregt, in der Geschäftsstelle eine Materialliste anzulegen, die von Interessenten abgerufen werden kann. Der Vorstand bittet alle Mitglieder, die über spezielle Hintergrundinformationen verfügen, das bei Ihnen abrufbare Material inhaltlich aufzulisten und die Themen der Geschäftsstelle mitzuteilen.

S. Meyer

kündigt an, daß sie ihr Amt als geschäftsführendes Vorstandsmitglied niederlegen möchte. In der nächsten Vorstandssitzung muß daher der Sitz der Geschäftsstelle geklärt werden. In der MV im Juni steht die Nachfolgewahl an

F. Kirchner

erste Kontakte zum Ökologischen Ärztebund wurden aufgenommen, der seit 1987 existierende Verein engagiert sich hauptsächlich für umweltmedizinische Aspekte (Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Verkehr, Müllverbrennung, Luft- und Wasserverschmutzung, etc.), punktuelle Zusammenarbeit möglich

## 2. Entwicklung in der DDR

### 2.1. Erfahrungsberichte aus Berlin

Seit Anfang des Jahres gibt es erste Kontakte zwischen VDPP-Mitgliedern und DDR-Apothekern in Berlin. U. Dreckheimer, U. Hagemann, R. Schumann und T. Schulz-Schalge schildern die Ergebnisse.

Seit Okt. 89 werden sämtliche staatlichen Institutionen in Frage gestellt, so auch die bürokratischen Apothekenstrukturen. Großes Interesse am bundesrepublikanischen Berufsalltag, das mit etlichen positiven Vorurteilen verknüpft ist. Nachdem zu Anfang noch einige erhaltenswerte Aspekte im DDR-Gesundheitswesen gesehen wurden, kam es im Verlauf der Wiedervereinigungsdebatte zu einem Meinungsumschwung nach dem Motto: Keine Experimente! Die Nachteile unseres Systems werden in der Euphorie kaum noch wahr- ~~genommen~~ genommen. Das Vertrauen in vorhandene Strukturen strebt gegen Null, dagegen wächst die Bereitschaft, sich unseren Verhältnissen anzupassen.

So wurden bereits die ersten Apotheker-Landesverbände gegründet mit dem Ziel, das Kammerystem einzuführen. ADA und Landeskammern haben dazu ihre "Unterstützung" angeboten. So wurde z.B. der Statutenentwurf für den Ostberliner Landesverband zum Teil von den Westberliner Kammer-Oberern ausgearbeitet.

● Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V.

Protokoll /4

ansicht. Sie selbst sieht dabei aber auch den pharmazeutischen Berufsethos in Gefahr, mit gutem Gewissen abraten zu können. Daneben sei die Beeinflussung durch die westdeutschen Apothekerverbände schon deutlich spürbar. Die Ost-Berliner Apotheker-Initiative sei auf dem besten Weg, zu einem Funktionärsverein zu verkommen, der sich in erster Linie damit beschäftigt, den noch nicht gebackenen Kuchen zu verteilen. Etwas kritischer sei die Stimmung unter den Pharmazie-Ingenieuren, die ihr Berufsbild in Gefahr sehen. Frau Böttcher begrüßt unsere Aktivitäten und hofft auf einen weiterhin regen Informationsaustausch. Sie wird mit einem herzlichen Dank für ihr Kommen verabschiedet. Damit ist der offizielle Teil gegen 19 Uhr beendet. Nachträglich noch einen heißen Dank an Uli für seine perfekte Organisation

Protokoll /5

2.2. Diskussion über Aktivitäten unsererseits  
Unsere Möglichkeiten z.B. gegenüber ABDA sind eher gering. Da ökonomische Denkweisen im Moment bei den meisten DDR-Funktionären vorherrschen, erscheint uns Kontakt und Information der Basis sinnvoller. Ein erstes Diskussions- und Informationsangebot kurz vor dem ersten Diskussions- und Informationsantrag veröffentlicht. VDPF wurde bereits in der Fachpresse veröffentlicht. Das Anschreiben soll incl. Programm an kritische Leserbriefstimmen und die bestehenden Apothekerverbände in der DDR verschickt werden. Unsere inhaltliche Kritik am bundesdeutschen Gesundheitswesen sollte über die Medien (PZ, DAZ, etc.) verstärkt dargestellt werden, um ~~xxx~~ den Lesern in der DDR Denkanstöße zu geben. Interessierte KollegInnen sollen zu unserer Mitgliederversammlung eingeladen werden. Generell sollte die historische Entwicklung in der DDR genutzt werden, um auch bei uns positive Veränderungen zu initiieren.

2.3. Bericht von H. Böttcher, Apothekerin aus Ost-Berlin  
Nach Begrüßung des Gastes und Zusammenfassung unserer bisherigen Diskussion schildert Frau Böttcher ihre Erfahrungen. Ihr Berufsalltag in einer staatlichen Apotheke am Prenzlauer Berg ist von bürokratischen Verordnungen und einer Verwaltung des Mangels geprägt. Auch sie hält Veränderungen für dringend erforderlich. Aus dem Gesundheitsministerium wurden Thesen für ein zukünftiges Apothekenbild erstellt:  
1. Privat-Apotheken im Besitz eines Fachapothekers mit zehnjährigem Studium und vierjähriger Zusatzausbildung  
2. Staatliche Apotheken nach bisherigem Muster  
3. Apotheken-Genossenschaften, sämtliche Mitarbeiter als Anteilseigner  
4. Apotheken-GmbH, auch nicht pharmazeutische Gesellschaften möglich

In der Apothekerschaft wird weitgehend nur Punkt 1 diskutiert, wobei die Pa Angst vor dem westlichen Kapital und der Verlust eigener Privilegien im Mittelpunkt stehen. Nachteile wie die zu erwartende Arzneimittel-Flut müssten bei einer Modernisierung in Kauf genommen werden, sei die weit verbreitete

Kontaktadresse:

Susanne Meyer  
Fleming Apotheke  
Grindelallee 153  
2000 Hamburg 13  
☐ 040 - 45 87 68

Berlin, den 13.4.90

Liebe KollegInnen,

wie Ihr ja wißt, findet am Sonntag, dem 22.04.90, ab 10.00 Uhr im ICC das große Deutsch-Deutsche Apothekertreffen der ABDA statt.

Mehrere ABDA-eigene Firmen und Vertretungen werden ~~dort~~ mit Info-Ständen dort vertreten sein (Berliner Versorgungswerk, Deutsche Apothekenbuchstelle, Stada, Großhandlungen etc.). Ich habe versucht für den VDPP auch einen Stand anzumieten, wurde aber von der ABDA abgewiesen.

Deshalb können wir uns nur auf Flugblattverteilung vor dem ICC beschränken und bei den Vorträgen der ABDA-Prominenz vertreten sein. Wegen der Nähe zum ICC werden wir aber die Apotheke am Funkturm als Anlaufstelle und Sammelpunkt für Diskussionen mit DDR-KollegInnen nehmen. Ab Samstag werde ich auch ein großes VDPP-Fenster dekorieren. Gudrun Hahn wird schriftlich die VDPP-Interessierten und die mecklenburg/vorpommerschen KollegInnen in die Apotheke einladen. Das heißt, daß ab 9.00 Uhr immer jemand von uns in der Apotheke sein muß.

Zeitplan:

- 8.00 Uhr: Treffen in der Apotheke am Funkturm zur Flugblatt- und Aufgabenverteilung. Evtl. Herstellung von Schildern.
- 9.00 Uhr: Beginn der Flugblattverteilung an den festgelegten Punkten
- 10.00 Uhr: Beginn der Veranstaltung

Auch von unseren Hamburger KollegInnen werden wir tatkräftige Unterstützung erhalten. Angesagt haben sich Bernd Rehberg, Gerd Dieckvoß, Jürgen Große und Astrid Ellerbrock.

Die Hauptlast liegt aber auf uns Berlinern. Ich möchte Euch daher bitten, recht zahlreich anwesend zu sein. Anregungen und Vorschläge bitte noch telefonisch an mich, wir sind für jede Idee dankbar.

*Liese Junge - Uls Breckler*

# VON KOLLEGEN FÜR KOLLEGEN

Berlin, den 20. April 1990

Wir sind uns einig!

## Die Privatisierung staatlicher Apotheken wollen wir nicht!

Wir, das sind nicht nur viele derzeitige Leiter staatlicher Apotheken, sondern vor allem viele ihrer Mitarbeiter, die hiermit ihre Stimme erheben:

Wir sind gegen die bedingungslose Übernahme der Strukturen des Apothekenwesens der Bundesrepublik.

### Wir wissen um den Wert

- eines überschaubaren Arzneimittelsortimentes, welches sich an gesellschaftlichen Bedürfnissen orientiert,
- der Möglichkeit, als Arzneimittelfachmann oder -frau Partner des Arztes zu sein und Patienten zu beraten (ggf. ihnen auch vom Arzneimittelgebrauch abzuraten)
- Leiter und Mitarbeiter anderer Apotheken als hilfsbereite Kollegen zu haben und nicht als Konkurrenten.

### Wir wollen nicht, daß

- unsere Arbeit von Gewinnstreben bestimmt wird,
- durch Kosmetik und andere Nebensortimente Umsatz gebracht werden muß,
- durch Arzneimittelwerbung und großzügige Handhabung der Rezeptpflicht Selbstmedikation und Mißbrauch gefördert werden und
- wir uns in Abhängigkeit von der Pharmaindustrie begeben.

In dieser Haltung sehen wir uns auch weitgehend in Übereinstimmung mit vielen bewußten Apothekenmitarbeitern in der Bundesrepublik, für die in diesem Falle wir die Hoffnung darstellen.

Deshalb: **Nicht zerschlagen, sondern reformieren!**

Gestalten wir ein kommunales Apothekenwesen, welches sozialen und ökologischen Forderungen gerecht wird zum Nutzen für Patienten, Ärzte und Mitarbeiter, ähnlich wie es sich in der Bundesrepublik in den Krankenhausapotheken bereits bewährt hat.

Unser dieser Zielstellung haben sich in Berlin bereits aus jedem Stadtbezirk Kolleginnen und Kollegen aus allen Berufsgruppen zusammengefunden.

Wir haben innerhalb der Gewerkschaft Gesundheits- und Sozialwesen die "Fachgruppe Apothekenwesen" gegründet, in der vom Facharbeiter bis zum Apothekenleiter jeder gefragt ist.

Es besteht auch die Möglichkeit, sich in der "Vereinigung zum Erhalt eines kommunalen Apothekenwesens" zu engagieren.

Interessenten wenden sich bitte an eine der Kontaktadressen →

Gewerkschaft Gesundheits- und Sozialwesen

Fachgruppe Apothekenwesen Berlin

Doris Fiedler  
Apotheke "Geraer Ring"  
Schwarzwurzelstr. 58  
DDR 1143 Berlin  
Tel.: 332 34 03

Karin Poser  
Abt. Labordiagnostika  
Brunnenstr. 27  
DDR 1054 Berlin  
Tel.: 281 27 42

Vertreter der "Vereinigung zur Erhaltung eines kommunalen Apothekenwesens (VEKA)

OPhR Dr. R. Lipfert  
Plessersstr. 10  
DDR 1193 Berlin  
Tel.: 550 99 51

OPhR Terborg  
LeipzigerStr. 57/58  
DDR 1080 Berlin  
Tel.: 208 25 02

Dr. B. Schnee  
Galenus Apotheke  
Friedrich Engels Str.  
DDR 1220 Eisenhüttenstadt

OPhR Wedler  
Ernst Thälmann Str. 74  
DDR 3700 Wernigerode  
Tel.: 331 32

---

---

# VDPP

AUFUF DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN (VDPP) AN DIE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN IN DER DDR

Der VDPP begrüßt die neuen Möglichkeiten der Kolleginnen und Kollegen in der DDR, ihre Belange stärker als bisher in die eigenen Hände nehmen zu können. Wir glauben, daß die im Apothekenwesen der DDR Beschäftigten am Besten wissen, was bei ihnen in Zukunft verändert werden soll und was es zu bewahren gilt.

Wir werden nicht versuchen, uns aufzudrängen; aber der Weg, den die Pharmazie der DDR gehen wird, wird auch Rückwirkungen auf uns haben. Deshalb fühlen wir uns als Betroffene. Unser Beitrag zu einem Diskussionsprozeß kann aber nur sein, das ungeschminkt darzustellen, was uns bekannt und vertraut ist: Das Apothekenwesen in der Bundesrepublik Deutschland.

Wir stellen fest, daß Art, Umfang und Preis des Arzneimittelangebots nicht von uns, sondern hauptsächlich von der pharmazeutischen Industrie bestimmt wird. Das hat Auswirkungen auf alle Bereiche des Arzneimittelwesens.

Wir meinen, daß 140.000 - meist hochglanzverpackte - Arzneimittel nichts aussagen über die Volksgesundheit in der Bundesrepublik. Wir wissen vielmehr, daß diese im Vergleich mit anderen (west-) europäischen Ländern eher schlecht abschneiden.

Uns ist bekannt, daß wir in einem ständigen Interessenkonflikt mit unseren Patienten unseren Beruf ausüben, da unser Einkommen von der Menge und dem Preis der verkauften Medikamente abhängt. Diese Abhängigkeit bindet uns an die Pharmaindustrie und verhindert ein autonomes Urteilen und Handeln.

Wir sehen, daß trotz eines insgesamt noch überdurchschnittlichen Einkommens viele kleine Apotheken in ihrer Existenz bedroht sind. Dieser Zustand wird durch den künftigen europäischen Binnenmarkt und weitere nationale Maßnahmen der Kostendämpfung noch verschärft werden.

Offensichtlich ist, daß dreimal so viele Pharmazeutinnen und Pharmazeuten ausgebildet werden, als Bedarf besteht. Auch dies führt zu immer mehr kleinen, kaum noch existenzfähigen Apotheken. Die Folge ist eine Flucht ins "Nebensortiment" und eine zunehmende Deformation des pharmazeutischen Auftrags. Das Bild der bundesdeutschen Apotheke wandelt sich hin zum "Gemischtwarenladen" mit hohem Anteil an Kosmetik, Diätetik und anderen nichtpharmazeutischen Produkten. Marketing wird groß geschrieben. Patienten werden zu "Marktsegmenten" degradiert.

Wir erleben, daß der Konzentrationsprozeß in der pharmazeutischen Industrie und beim Großhandel weit fortgeschritten ist, bzw. weiter voranschreitet. Hierdurch entstehen immer größere, marktbeherrschende Einheiten. Der Begriff "freie" Marktwirtschaft wurde längst von der Realität widerlegt.

Wir haben erfahren, daß der Aufbau unserer Berufsvertretungen Kammer, Verein, ABDA - eine echte demokratische Einflußnahme verhindert. In ihnen sind die Apothekeninhaber - in den meisten Fällen Männer - tonangebend.

Eine größere soziale Sicherheit genießen die Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhausapotheken und in anderen Einrichtungen des öffentlichen Dienstes. Wir meinen, eine solche Sicherheit ist erstrebenswert für alle Angehörigen der pharmazeutischen Berufe. Für uns gilt: Es ist an der Zeit, das Apothekenwesen in der Bundesrepublik zu erneuern, zu verbessern, zu demokratisieren. Dazu ist eine echte Einflußnahme auf die Arzneimittelversorgung notwendig.

Wir sind bereit von anderen zu lernen. Auch von unseren Kolleginnen und Kollegen in der DDR!

Wir wünschen uns dazu einen regen Austausch über die verschiedenen Apothekenwesen.

VDFP

Gudrun Hahn  
Fleming Apotheke  
Grindelallee 153  
2000 Hamburg 13

2. März 1990

ZUR VEREINIGUNG DES APOTHEKEN- UND  
PHARMAZIEWESENS DER DDR UND DER BRD

Kontaktadresse:

Susanne Meyer  
Fleming Apotheke  
Grindelallee 153  
2000 Hamburg 13  
☒ 040 - 45 87 68

Vor dem Hintergrund der politischen Umwälzung in der DDR und des angestrebten Zusammengehens zu einem einigen Deutschland treten angesichts der bisherigen Systemunterschiede in vielen gesellschaftlichen Bereichen erhebliche Probleme auf.

Einer dieser Bereiche ist das Apotheken- und Pharmaziewesen, das in der DDR mit wenigen Ausnahmen staatlich organisiert ist, während in der Bundesrepublik überwiegend im Offizinbereich private Strukturen vorherrschen.

Die Unruhe und Kritik von Pharmazeutinnen und Pharmazeuten an der pharmazeutischen Versorgung werden genutzt, private Niederlassung ohne Rücksicht auf das Versorgungssystem zu forcieren und nur schwer korrigierbare Fakten zu schaffen.

Den wachsenden Einmischungsversuchen von Landesorganisationen ist die Überzeugung gemeinsam, daß das Apothekenwesen in der BRD beispielhaft ist und am besten bruchlos auf die DDR übertragen werden sollte.

Angesichts der Aktivitäten unserer Landesorganisationen sehen wir uns veranlaßt, auf die Mängel unseres Apothekenwesens hinzuweisen:

- Der mächtige Einfluß der Pharmaindustrie bei nicht ausreichender Kontrolle der mehr als 70000 Arzneimittelspezialitäten hat zu einer inhaltlichen Abkehr von der Gesundheitsprävention geführt.
- Alleinige Einkommenssicherung für Pharmazeutinnen und Pharmazeuten durch "aktiven Verkauf" (Marketing) von Arzneimitteln fördert, mangels alternativer Honorierungssysteme, Arzneimittelgebrauch und Arzneimittelmißbrauch.
- Die Laienwerbung in allen Medien hat dazu geführt, daß der Pharmazeut nicht mehr Berater für Arzneimittel, sondern nur deren Verkäufer ist.
- Gesetzliche Eingriffe führen zu zusätzlichen Belastungen der Patienten (Gesundheitsreformgesetz).

- Die Zersplitterung der gesetzlichen Krankenversicherung in mehr als 1000 Krankenkassen hat zu unterschiedlicher Beitragshöhe geführt und das Solidarprinzip durchbrochen. Gleiches gilt für die Ausgliederung berufsständiger Versorgungswerke aus der gemeinsamen Sozialversicherung.
- Die Bundesapothekerkammer als Teil der ABDA, mißbraucht die Zwangsmitgliedschaft der mehr als 18000 Apothekerinnen und Apotheker vorrangig zur Privilegienwahrung der Spitzenverdiener. Der dort herrschende "demokratische Zentralismus" verhindert eine demokratische Kontrolle der zahlreichen Gremien und standeseigenen Firmen. So wird der Opposition innerhalb der Apothekerschaft eine angemessene Beteiligung und demokratische Kontrolle verwehrt.

Angesichts der geschilderten Situation halten wir es für angezeigt, im gemeinsamen Erfahrungsaustausch, die Vor- und Nachteile der beiden Gesundheitssysteme zu erarbeiten und daraus Konzepte zu entwickeln, die eine Vereinigung so unterschiedlicher Systeme mit möglichst geringen Reibungen und sozialen Härten für alle Seiten erlaubt.

Wir fordern darüber hinaus, daß die zentrale Machtkonzentration der ABDA nach der Zulassung der Landesapothekerkammern in der heutigen DDR durch eine Arbeitsgemeinschaft von Landesapothekerkammern mit öffentlich-rechtlichen Funktionen unter Ausschluß wirtschaftlicher Aufgaben bei Einführung demokratischer Regeln, wie in parlamentarischen Gremien, abgelöst werden muß.

Dies ist eine gemeinsam getragene Erklärung anläßlich des Deutsch-Deutschen Apothekertreffens der ABDA für den Pharmaziebereich - eine Erklärung für den gesamten Gesundheitsbereich liegt vor und kann von uns bezogen werden - des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten -VDPP- und des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte - VDÄÄ-.

VDPP

VDÄÄ

Grindelallee 153

Kurfürstenstr. 18

2000 Hamburg 13

6000 Frankfurt am Main 90

Tel.: 040/458768

Tel.: 069/779366

In den Pausen der Veranstaltung können Sie uns in der Apotheke am Funkturm, Neue Kantstraße 18, 100m über die Autobahnbrücke, zum Gedankenaustausch treffen.

v.i.S.d.P. Ulrich Breckheimer, Neue Kantstraße 18, 1/19



## Vergleich Gesundheitswesen BRD—DDR

	Bundesrepublik	DDR
Gesundheitssi- cherung durch	<p>Krankenversicherung</p> <p>a) Ges. Krankenkassen 87 % der Bevölkerung; 1.041 Einzelkassen im Jahre 1989</p> <p>b) private Krankenversicherungsunternehmen 10 % der Bevölkerung</p>	<p>Sozialversicherung (SV)</p> <p>a) Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten beim FDGB 89 % der Bevölkerung</p> <p>b) staatliche Sozialversicherung 11 % der Bevölkerung</p>
Finanzierung durch	<p>Beiträge</p> <p>durchschnittlicher Beitragsatz Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) '89 12,9 % (6,45 Arbeitgeber (AG)/6,45 Arbeitnehmer (AN))</p> <p>Beitragsbemessungsgrenze GKV 4.725,- DM</p>	<p>Beiträge/Staatszuschüsse</p> <p>Beitragssatz (gesamte SV) '89 22,5 % (12,5 AG/10,0 AN)</p> <p>Kostendeckungsgrad der Beiträge 47 % in 1986 (weiter sinkend)</p> <p>Beitragsbemessungsgrenze SV 600,- M</p>
Leistungsverfahren	<p>vorwiegend Sachleistung</p>	<p>ausschließlich Sachleistung (Ausnahme Kranken-/Mutterschaftsgeld)</p>
besondere Ab- weichungen bei einzelnen Lei- stungen	<p>Krankengeld mind. 6 Wochen Lohnfortzahlung durch AG</p> <p>ab Ende Lohnfortzahlung bis 78. Woche 80 % des beitragspflichtigen Bruttoverdienstes durch GKV (höchstens Nettoverdienst)</p>	<p>Krankengeld 6 Wochen 90 % des letzten Nettoverdienstes durch SV</p> <p>bei Arbeitsunfall 78 Wochen 100 % des letzten Nettoverdienstes durch SV</p> <p>ab 6. bis 78. Woche 65–90 % des letzten Nettoverdienstes durch SV</p>
Ausgaben (1986) Bundesrepublik GKV, DDR SV	<p>ärztliche Behandlung 20,3 Mrd. DM</p> <p>zahnärztliche Behandlung einschl. Zahnersatz 14,1 Mrd. DM</p> <p>Krankenhaus 36,6 Mrd. DM</p> <p>Arzneimittel 17,6 Mrd. DM</p> <p>Heil-/Hilfsmittel 7,2 Mrd. DM</p> <p>Krankengeld 6,7 Mrd. DM</p>	<p>ambulante und stationäre Behandlung 6,94 Mrd. M</p> <p>Arzneimittel 2,94 Mrd. M</p> <p>Heil-/Hilfsmittel 0,32 Mrd. M</p> <p>Krankengeld 4,38 Mrd. M</p>

Vergleich Gesundheitswesen BRD—DDR (Forts.)

	Bundesrepublik	DDR
Ausgaben (1986) Bundesrepublik GKV, DDR SV	Gesamtausgaben 119,9 Mrd. DM voll beitragsfinanziert  Gesamtausgaben je Versicherten: 3.288,54 DM	Gesamtausgaben 15,3 Mrd. M  Setzt man den Kostendeckungsgrad der SV-Beiträge von 47 % auch für die Gesundheitsausgaben voraus, ergibt sich ein Staatszuschuß von ca. 8,1 Mrd. M.  Gesamtausgaben umgelegt je Einwohner: ca. 1.000 M
Ärzte (1987)	Gesamt: 171.487 (280 je 100.000 Ew) freie Praxis: 70.277 Krankenhaus: 82.580 andere: 18.630	Gesamt: 40.516 (243 je 100.000 Ew) freie Praxis: 635
Zahnärzte (1987)	Gesamt: 38.826 (63 je 100.000 Ew)	Gesamt: 12.527 (75 je 100.000 Ew) davon freie Praxis: 854
Krankenhäuser (1987)	Gesamt: 3.071 (674.384 Betten) Öffentl.: 1.086 (340.877 Betten) freigem.: 1.044 (237.186 Betten) privat: 941 (96.321 Betten)	Gesamt: 541 (167.000 Betten) davon staatlich: 461 (156.034 Betten) konfess.: 76 (11.234 Betten)  privat: 4 (344 Betten)
Polikliniken (1987)		Gesamt: 615, davon selbständig 217 an Krankenhäusern 139 an Universitäten 110 in Betrieben 149
Ambulatorien (1987)		Gesamt: 1.027, davon selbständig: 652 am Krankenhaus: 24 im Betrieb: 351
Apotheken (1987)	Gesamt: 18.161, davon staatlich: — privat: 17.637 Krankenhausap.: 524	Gesamt: 2.028, davon staatlich: 1.974 privat: 26 verpachtet: 8 Krankenhausap.: 28

# Adressen der regionalen Kontaktpersonen

## Baden-Württemberg

Hanne Lederer  
Stadt Apotheke  
Espantorstr. 1  
7972 Isny  
Tel.: 07562-8524  
07562-4417 (priv.)

## Bayern

Michaela Hlobmair-Halberstadt  
Königinstr. 51  
8000 München 22  
Tel.: 089-34 74 00

## Berlin

Ulrich Brockheimer  
Apotheke am Funkturm  
Neue Kantstr. 18  
1000 Berlin 19  
Tel.: 030-321 67 61  
030-332 63 89 (priv.)

## Bremen

Jutta Frommeyer  
Igel-Apotheke  
Schwaneweder Str. 21  
2820 Bremen 71  
Tel.: 0421-60 50 54

## Hamburg

Susanne Meyer  
Fleming Apotheke  
Grindelallee 153  
2000 Hamburg 13  
Tel.: 040-45 14 15

## Hessen

Franz Kirchner  
Hilligengasse 13  
6230 Frankfurt-Hoechst  
Tel.: 069-30 66 89

## Niedersachsen

Gabi Beisswanger  
Husarenstr. 50  
3300 Braunschweig  
Tel.: 0531-79 82 31

## Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy  
Wilhelm-Tell-Str. 13  
4000 Düsseldorf 1  
Tel.: 0211 / 311-4172 tagsüber

## Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

## Saarland

siehe Hessen

## Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

VDIP

VDIP

VDIP

VDIP

WO BLEIBEN EURE ENTWÜRFE ??

II  
II  
II