
VDPP - Rundbrief

NR. 18 MAI 1993

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

unabhängig -
überparteilich -
patientenorientiert

Verein demokratischer
Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten

Unsere Ziele:

- Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung
- Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf
- umsatzunabhängige Apotheken
- ökologische Kriterien bei der Arzneimittelproduktion
- verbraucherfreundliche Arzneimittelgesetzgebung

Für alle Beschäftigten
im Arzneimittelwesen,
die mit Gleichgesinnten
Verbesserungen
anstreben

**APOTHEKEN UND KRANKENKASSEN
EIN SCHWIERIGES VERHÄLTNISS ?**

DIE ZEBET - WAS IST DAS ?

**STÖRFÄLLE BEI HOECHST
- GEDANKEN EINES ANWOHNERS**

**AUSWIRKUNGEN DES GSG AUF DIE APOTHEKE
- SEEHOFERS OPFER ?**

Inhaltsverzeichnis

Grußwort des Vorstands Gudrun Hahn	2
Apotheken und Krankenkassen Hanne Lederer	3
Achtung Sozialwahlen Ingeborg Simon	4
Die Zebet - ein Fünckchen Hoffnung für Tierversuchsegenner Thomas Hammer	6
Protokoll der Vorstandssitzung am 24.04.93 in Leipzig Hanne Lederer	8
Seminarankündigung zum Thema Arzneimittelsicherheit Ulrich Hagemann	11
Nie den Mut verlieren - Gedanken zu den "Störfällen" bei HOECHST Franz Kirchner	13
Die Auswirkungen des GSG Jürgen Große	15
Der Apothekeninhaber und das GSG Bernd Rehberg	23
Seehofers Opfer- Abdruck aus dem ÖTV-Compositum	27
Buchbesprechung: Forschen auf Deutsch Thomas Schulz-Schalge	29
Buchbesprechung: Mythos Tierversuch Thomas Schulz-Schalge	31
VDPP-Stellungnahme zur Novellierung des Gentechnikgesetzes Eugen Eschenlohr	32

Editorial

Wie Ihr hoffentlich bemerkt habt, hat sich das Erscheinen des Rundbriefes Nr. 18 tatsächlich um einen Monat verschoben. Das lag vor allem am sehr stockenden Eintreffen der Beiträge (ich bitte doch darum, den Redaktionsschluß halbwegs ernst zu nehmen), dann aber auch daran, daß Thomas Hammer, der mich sonst immer ein wenig antreibt, leider in Urlaub gefahren ist, worunter auch die Fehlerkorrektur gelitten hat.

Wegen der Verzögerung ist nun das Grußwort von Gudrun Hahn teilweise bereits überholt, denn auf der Vorstandssitzung in Leipzig ist die Entscheidung über das inhaltliche Thema der MV gefallen. Es wird um "Apotheken und Krankenkassen" gehen, Hanne Lederer hat in ihrem Artikel auf Seite 3 einige Gedanken dazu formuliert.

Der inhaltliche Schwerpunkt liegt mit drei Beiträgen diesmal bei den Auswirkungen des GSG auf die Pharmazie (ich formuliere das mal so allgemein). Ich hoffe, daß die Artikel eine lebhaftige Diskussion hervorrufen, die dann doch bitte im nächsten Rundbrief ausgetragen werden soll.

Sozusagen als Anlage drucken wir die Stellungnahme des VDPP zur Novellierung des Gentechnikgesetzes, die Eugen Eschenlohr erarbeitet hat, der auch an der Anhörung dazu am 16. April in Bonn teilgenommen hat.

Euch viel Spaß beim Lesen des Rundbriefs -
Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief ist der

01. Juli 1993

Artikel und Beiträge bitte wieder an:

Christa Augustin,
Alsterdorfer Straße 18,
2000 Hamburg 60.
(neue PLZ: 22299)

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten eV. Redaktion: Christa Augustin, Gerd Glaeske, Thomas Hammer, Christiane Hefendehl, Hanne Lederer, Udo Puteanus und Thomas Schulz-Schalge.
v.i.S.d.P.: Gudrun Hahn c/o Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, 2000 Hamburg 13, Tel.: 040/458768. Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Liebe Vereinsmitglieder,

Liebe am Verein Interessierte!

Bald ist es wieder soweit!

Am 5./6. Juni findet die Mitgliederversammlung statt. Es wird dieses Jahr einschneidende Veränderungen geben.

Nach 2 Jahren Amtszeit muß der Vorstand neu gewählt werden. Die Mehrheit der jetzigen Vorständler wird nicht erneut kandidieren, vor allem der geschäftsführende Vorstand.

Sagt da jemand, aber die haben es doch so gut gemacht, die sollten es bitte doch weitermachen? Danke für die Blumen und das Kompliment. Aber steckt Eure Energien nicht in Überredungskünste sondern in kreative Wahlvorschläge.

Jede und jeder ist gefragt. Wer nimmt die Herausforderung an, dem VDPP für 2 Jahre wichtige Impulse zu geben?

Ihr könnt das nicht?

Ihr traut Euch das nicht zu?

Ihr habt keine Zeit?

Bedenkt das Positive an dem ganzen:

- Informationen aus erster Hand,
- lange wichtige Gespräche/Diskussionen über das Wesen der Pharmazie und ihre Entwicklung,
- neue Menschen werdet ihe kennenlernen,
- euren Ideen steht ein ganzer "Vereinsapparat" offen.

Ich hoffe mit dieser Darstellung viele in tiefes Nachdenken versetzt zu haben, und wenn auf der MV viele Mitglieder ihr ja zu einer Kandidatur für den Vorstand geben werden, dann will ich es Christa Augustin nachsehen, daß sie mich mal wieder in Zeitdruck gebracht hat mit "einem Artikel bis Ostern".

Das inhaltliche Thema für die MV ist noch nicht entschieden. Zwei stehen zur Auswahl:

- Apotheke und Krankenkassen oder
- das GSG und seine Auswirkungen vor allem auf die Apotheke.

Auf der Vorstandssitzung am 24. April in Leipzig werden wir uns entscheiden. Alle bekommen noch eine Mitteilung.

Das erinnert mich, Euch zu fragen:

Habt Ihr Euch schon angemeldet?

Frühe Mitteilung erleichtert uns die Arbeit.

Wenn Ihr der Geschäftsstelle schreibt, gebt uns uns doch gleich Eure neue Postleitzahl an.

Danke und viele Grüße

Eure Gudrun Hahn

APOTHEKEN UND KRANKENKASSEN

Das Verhältnis zwischen niedergelassenen ApothekerInnen und Krankenkassen gewinnt im Zuge der Umsetzung des GSG innerhalb unseres Vereins an Bedeutung. Die quantitative Einschränkung des Arzneimittelkonsums könnte ja auch die Chance zu einer qualitativen Verbesserung eröffnen.

Gerd Glaeske kritisiert in seinem Schreiben zur Vorstandssitzung in Leipzig, daß er konstruktive und öffentlichkeitswirksame Aktivitäten aus den Reihen des VDPP vermißt. Verschiedene Statements im Rundbrief veranlassen ihn zu der Vermutung, daß uns in der Praxis am Ende doch die Anbieterseite in Form von Industrie und Ärzten nähersteht als die Nachfrageseite Patient/Krankenkasse. Er hält an dieser Frage sogar eine Spaltung des Vereins für möglich.

In unserem Programm verpflichten wir uns zu einer patientennahen und qualitätsgesicherten Arzneimittelversorgung. Auf dem Weg dahin wollen wir auch mit anderen Organisationen und Berufsgruppen zusammenarbeiten. In der Praxis ist bisher nicht viel geschehen.

Können nun die Krankenkassen unsere Bündnispartner sein oder werden? Und wie steht es mit den Ärzten? Auch wenn man seinen Groll über die Umsatzverluste geschluckt hat, läßt sich das Verhältnis zu den Krankenkassen im Moment viel eher mit Konfrontation als mit Kooperation beschreiben. Bei den Ärzten besteht weitgehend Desinteresse bis Arroganz gegenüber "Einmischungen" von Apothekerseite. Das durchaus denkbare Anbieten von Zahlen zum Verordnungsspektrum und von pharmakologischen "Qualitätszirkeln" ist zum einen verbunden mit vielen Stunden Vorbereitung (am Feierabend) und zäher Kleinarbeit im Ausbau von Kontakten, und wird dann womöglich noch als Anbiederung abgetan.

Es ist also weniger die Frage, ob eine zu konservative oder zu industrienähe Ein-

stellung im Wege steht, vielmehr fragt man sich, ob und wie eine Arbeit in der Praxis geleistet werden kann. Noch eine andere Frage läßt sich in diesem Zusammenhang anknüpfen, nämlich die, ob unser Verein weiterhin eine Daseinsberechtigung als reines Diskussionsforum mit vielen verschiedenen Standpunkten hat, oder ob wir uns in absehbarer Zeit hin zu einem politisch aktiven Verein mit möglichst gemeinsamer Zielrichtung entwickeln müssen.

Auf der Mitgliederversammlung im Juni wird Gerd Glaeske in einem Referat zum Thema seine Sicht der Dinge darlegen. Die anschließende Diskussion wird sicher grundlegende Positionen innerhalb des Vereins gegenüberstellen.

Im Rahmen des Apothekertags in Berlin ist ebenfalls eine Veranstaltung zum Thema "Apotheken und Krankenkassen" geplant, und zwar in Form einer Podiumsdiskussion. Auch im Hinblick darauf ist es wichtig, die Diskussion möglichst bald und möglichst ausführlich innerhalb des Vereins zu führen.

- Welche grundsätzlichen Voraussetzungen müßten vor einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Krankenkassen geklärt werden?

- Gibt es bereits Ansatzpunkte zu einer Zusammenarbeit, die ausgebaut werden könnten?

- Läßt sich der aus wirtschaftlichen Gründen bestehende Gegensatz überhaupt überwinden?

- Sollten wir die Kassen bei ihrem Vorhaben unterstützen, umfangreiche Daten zu sammeln und auszuwerten?

Viele Fragen also, hoffentlich auch eine rege Beteiligung an der Diskussion!

Hanne Lederer

ACHTUNG SOZIALWAHLEN!

An Bushaltestellen und in Tageszeitungen machen uns z.Zt. glücklich strahlende Anzeigengemischen darauf aufmerksam, daß die Sozialwahlen unmittelbar bevorstehen und daß unsere Stimmen gefragt sind. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und die Ersatzkassen informieren ihre Mitglieder per Post von dem im Juni 93 bevorstehenden Ereignis.

Ich möchte die VDPP-Mitglieder mit meinem Beitrag ermuntern, von ihrem Wahlrecht unbedingt Gebrauch zu machen, um nicht zu denen zu gehören, die dieses Ereignis ignorieren (das sind immerhin mehr als 50%).

-Gewählt werden die Selbstverwaltungsorgane der Ersatzkrankenkassen und der Rentenversicherungsträger, die jeweils aus Vertreterversammlung und Vorstand bestehen. Während die Gremien der Ersatzkassen allein durch VersichertenvertreterInnen besetzt sind, teilen sich bei der BfA Unternehmer und Versicherte die Plätze paritätisch (wie auch bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen)

- Den SelbstverwalterInnen obliegt die Verabschiedung des Haushalts, die Personalpolitik, das Satzungsrecht, die Festlegung der Krankenkassenbeiträge u.a.m..

- Man unterscheidet bei den Sozialwahlen zwischen Urwahlen und sog. Friedenswahlen.

Urwahlen werden immer als Briefwahlen durchgeführt. Friedenswahlen sind Wahlen ohne Wahlhandlung. Diese "Wahl" kommt dort zustande, wo die Zahl der zu wählenden VersichertenvertreterInnen exakt der Zahl der zu besetzenden Plätze entspricht. Das hinzukriegen ist Aufgabe der sich bewerbenden Versichertenlisten, die um jeden Sitz feilschen und mehr oder weniger streiten.

- Die Arbeit in der Selbstverwaltung erfolgt ehrenamtlich.

- Eine ernstzunehmende Konkurrenz sind für ÖTV- und DGB-Listen sog. Interessen- und

Mitgliedergemeinschaften, nicht etwa, weil sie überzeugende patientenorientierte oder versichertenfreundliche Wahlprogramme vorweisen könnten, sondern weil sie unter Listennamen antreten, die den falschen Eindruck erwecken, sie seien die eigentlichen "Hauslisten".

Obgleich die Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungen wichtige, für die Mitglieder oft folgenschwere Entscheidungen zu treffen haben, ist deren Bedeutung (oft auch deren Existenz) weithin unklar und unbekannt. Auch dafür gibt es eine Reihe von Gründen:

- die Öffentlichkeit wird über die in der Selbstverwaltung geleistete Arbeit nicht informiert

-trotz unterschiedlicher Interessengruppen in den Selbstverwaltungsorganen scheint es immer nur DIE Meinung DER Krankenkasse, DER BfA zu geben, die in Gestalt des zuständigen Geschäftsführers nach draußen vertreten wird. Was z.B. die Gewerkschaftsvertreter zu vorgeschlagenen Beitragserhöhungen oder geplanten Leistungseinschränkungen zu sagen haben, dringt nicht bis ans Ohr der Versicherten.

- die sozialpolitischen Handlungsspielräume der Selbstverwalter werden mehr und mehr durch Bonner Politik und Gesetzgebung eingeschränkt.

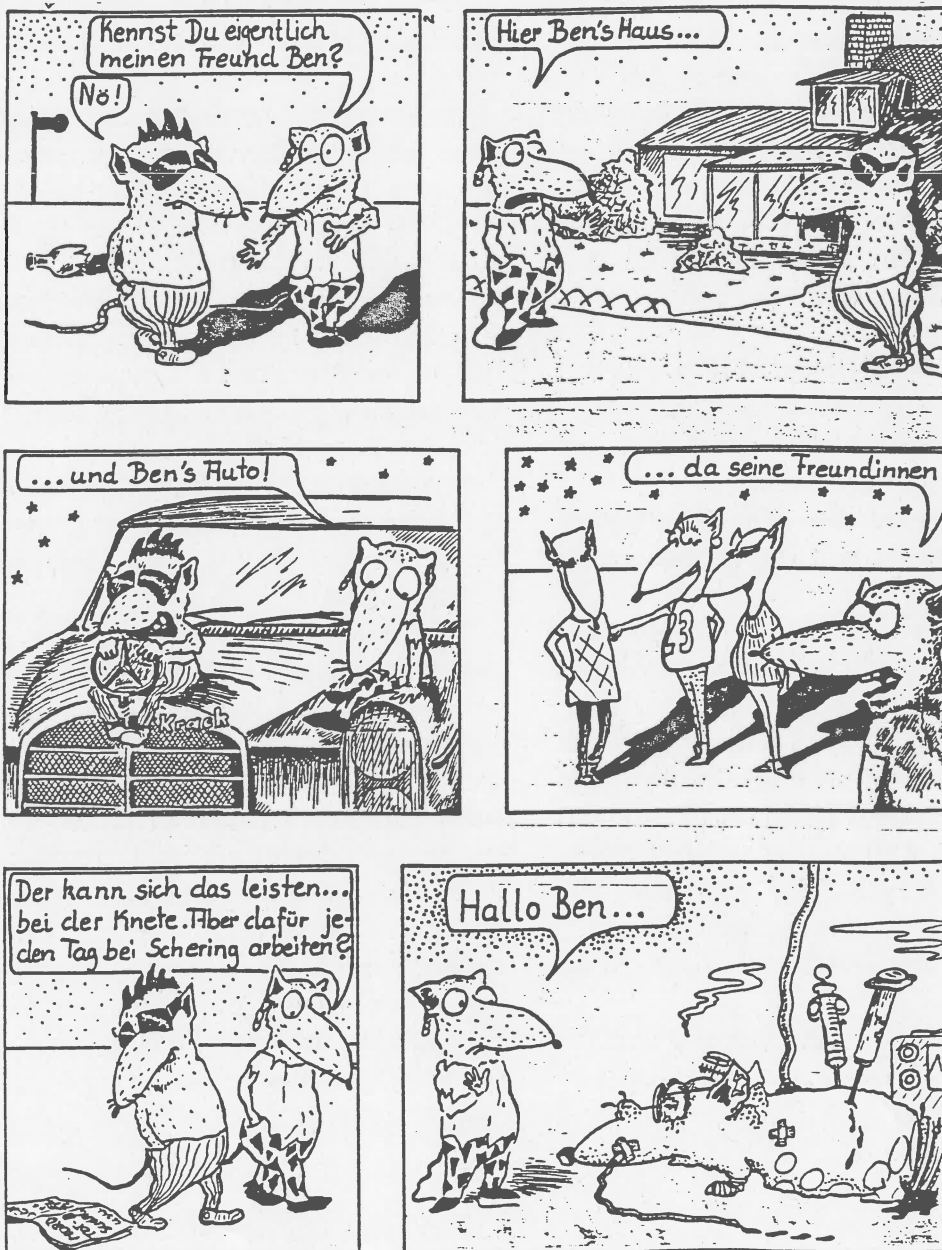
- "Friedenswahlen"- wie sie bei den größten und wichtigsten Krankenkassen seit Jahren leider üblich sind (z.B. bei den Ortskrankenkassen) führen dazu, daß die Versicherten nicht einmal ahnen, daß ihre Interessenvertreter und Ansprechpartner in den Organen der Mitbestimmung Sitz und Stimme haben.

-Während in der Weimarer Republik, wo die Selbstverwaltung noch von den Versichertenvertretern dominiert wurde, Hervorragendes auf dem Felde der Sozial- und Gesundheitspolitik geleistet und durchgesetzt wurde, führte die paritätische Besetzung der meisten

Sozialversicherungsträger nach 1945 zu Lähmung und Stagnation. Sozialpolitische Erfolge wurden immer seltener, die Selbstverwaltung verkümmerte zu einem willfährigen Instrument in den Händen von Geschäftsführern und deren Zielen (und die waren mal besser und mal schlechter). So bedrückend das alles schon ist, so wird es ab 1996 noch schlimmer kommen. Dann nämlich werden die beiden Selbstverwaltungsorgane Vorstand und Vertreterversammlung um die Hälfte ihrer Sitze gekürzt und zu einem "Verwaltungsrat" zusammengeführt, der die Funktionen eines Aufsichtsrates wahrnehmen wird. Die ÖTV bewertet dies als einen weiteren Verlust gesundheitspolitischer Gestaltungsmöglichkeit und demokratischer Willensbildung.

Und - trotzdem - werden GewerkschaftskollegInnen auch 1993 für die Sozialwahlen kandidieren mit dem Ziel, die verschütteten und oft bis zur Unkenntlichkeit verstümmelten Reste sozialer Mitbestimmung in den Sozialversicherungen auszugraben und zu benutzen, so auch in der Vertreterversammlung der AOK Berlin. Ob ich Euch in 6 Jahren wieder ermuntern werde, an den Sozialwahlen teilzunehmen, weiß ich heute noch nicht. Für den 2. Juni 1993 allerdings möchte ich das tun! Wählt DGB- oder ÖTV-Listen und animiert auch Freunde, Verwandte und KollegInnen, das zu tun, damit die GewerkschaftskandidatInnen in möglichst großer Zahl in die Selbstverwaltung einziehen!

Ingeborg Simon



Die ZEBET - ein Fünckchen Hoffnung für Tierversuchgegner

Das deutsche Arzneimittelgesetz sieht vor, daß Arzneimittel nach dem gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geprüft werden müssen. Als Entscheidungshilfe für die Zulassungsbehörde gelten dabei die 1990 in Kraft getretenen Arzneimittelprüfrichtlinien. Nach diesen Richtlinien gehören zu den Prüfungen, denen ein Arzneimittel unterzogen werden muß, Tierversuche. Als gesetzliche Grundlage für diese Versuche dient das sogenannte Tierschutzgesetz, das Tierversuche unter anderem zuläßt zum "Vorbeugen, Erkennen und Behandeln von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder körperlichen Beschwerden oder Erkennen oder Beeinflussen physiologischer Zustände oder Funktionen bei Mensch oder Tier" (7, Abs.2), soweit der Tierversuch unerläßlich ist. Bei der Beurteilung, ob er nun unerläßlich ist oder nicht, ist laut Gesetz "insbesondere der jeweilige Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zugrunde zu legen und zu prüfen, ob der verfolgte Zweck nicht durch andere Methoden oder Verfahren erreicht werden kann" (7, Abs.2). Das bedeutet also für die Prüfverfahren der Arzneimittelprüfrichtlinien, daß möglichst solche Prüfungen zu benutzen sind, die keinen Einsatz von Versuchstieren fordern.

Auf Grund der sehr hohen Versuchstierzahlen wurden schon 1980 im BGA erste Überlegungen angestellt, eine Clearingstelle für Tierversuche und Alternativmethoden einzurichten. nach weiteren Anregungen aus Tierschutzkreisen, Wissenschaft und Industrie wurde 1985 eine Initiative gestartet, am BGA eine Stelle einzurichten, die sich nicht nur mit der Erfassung, sondern auch mit der Bewertung von Ersatz- und Ergänzungsmethoden befassen sollte. Ende 1987 wurde dann von der damaligen Bundesregierung entschieden, die "Zentralstelle zur Erfassung, und Bewertung von Ersatz- und Ergänzungs-

methoden zum Tierversuch" (Zebet) ab 1989 stufenweise im Institut für Veterinärmedizin des BGA aufzubauen. Am Ende dieser Aufbauphase sollten 14 MitarbeiterInnen bei der Zebet beschäftigt sein.

Die Aufgabe der Zebet besteht nun darin, neben der Erfassung und Bewertung alternativer Methoden auch bei ihrer Einführung in nationale und internationale behördliche Regelungen (z.B. Prüfrichtlinien) mitzuwirken und als Auskunftsstelle zu dienen. Darüber hinaus soll die Zebet Fördermittel vergeben, mit denen Forschungsprojekte zur Entwicklung und Validierung von Alternativmethoden gefördert werden. Ausgehend von dieser Aufgabenstellung ist die Zebet organisatorisch in drei Bereiche aufgeteilt. Durch Zebet 1 (Erfassung) werden alle publizierten und in der Entwicklung befindlichen Alternativmethoden erfaßt und in der "Datenbank Zebet" dokumentiert. Zebet 2 (Bewertung) bewertet diese Methoden wissenschaftlich und gibt Auskünfte über ihre Anwendbarkeit. Zebet 3 (Forschung) fördert die Validierung von Alternativmethoden und führt Studien in Form von Einzelprojekten und Ringversuchen durch. So koordinierte Zebet 3 zum Beispiel auch die nationale Validierungsstudie zum Ersatz des Draize-Tests, einer schmerzhaften Prüfung auf Schleimhautreizung am Kaninchenauge, durch Versuche mit Zellkulturen bzw. bebrüteten Hühnereiern (Het-Cam-Test). Außerdem war für das Jahr 1992 die Errichtung eines Gastlabors geplant, in dem Wissenschaftlern die Möglichkeit gegeben wird, neue Forschungsansätze zum Ersatz von Tierversuchen zu entwickeln.

Die bisherigen Arbeiten der Zebet bestanden unter anderem aus gutachterlichen Tätigkeiten für verschiedene Ministerien (BML, BMFT und BMG) und für Veterinärbehörden der Bundesländer, die Anfragen bezüg-

lich Genehmigungsanträgen von Tierversuchen hatten. Innerhalb des BGA wurde bei der Erarbeitung von Gesetzen und Verordnungen mitgearbeitet, bei denen Tierschutzfragen berührt waren wie zum Beispiel beim Chemikaliengesetz oder den EG-Richtlinien für Kosmetika. Im Rahmen des Förderungsschwerpunktes "Alternativen zum Tierversuch" war Zebet für die Konzeption, Betreuung und Durchführung von Validierungsprojekten zuständig. So wurden in Zusammenarbeit mit ausländischen Wissenschaftlern Richtlinien zur Validierung von Alternativmethoden im Bereich der Toxikologie entwickelt. Hier sei der oben erwähnte "Het-Cam-Test" genannt und auch die "Acute toxic class - method", durch die der seit vielen Jahren umstrittene LD50-Test ersetzt werden kann, wodurch immerhin beinahe 50% weniger Versuchstiere benötigt werden. All denen, die selbst Tierversuche machen oder sich intensiver über Alternativmethoden zu Tierversuchen informieren wollen, sei die

Studie "Methoden zum Ersatz und zur Reduktion von Tierversuchen" ans Herz gelegt, die von der Akademie für Tierschutz des Deutschen Tierschutzbundes und von der Zebet im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt worden ist. Neben einem ausführlichen Verzeichnis aller bisher vergebenen nationalen und europäischen Forschungspreise für Alternativmethoden listet die Studie die Themenbereiche auf, in denen Alternativmethoden in Deutschland eingesetzt werden. In einer zweiten Liste sind die Forschungsinstitute und Arbeitsgruppen verzeichnet, die mit diesen Methoden arbeiten. Die Studie gibt es für schlappe 10 DM bei Zebet, Institut für Veterinärmedizin, BGA, Thielallee 88-92, 1000 Berlin 33. Ein Exemplar kann ich auch als Dank dafür, daß man diesen Artikel bis zum Ende gelesen hat, verschenken.

Thomas Hammer



Aber dieses Präparat ist doch in Tierversuchen 1000fach erprobt...

Protokoll der Vorstandssitzung am 24.4.93 in Leipzig

Anwesend: Thomas Hammer, Gudrun Hahn, Dorothea Hofferberth, Hanne Lederer, Regina Schumann

Entschuldigt: Gerd Glaeske, Anita Maas
Gäste bzw. Gastgeber: Kristina Kasek und Udo Puteanus, Christa Augustin, Ulrich Hagemann

TOP 1:

Tagungsleitung: Gudrun Hahn,
Protokoll: Hanne Lederer

TOP 2: Protokoll der Vorstandssitzung in Coppenbrügge

Punkt 12) ist etwas ungenau abgefaßt und damit für nicht Anwesende kaum verständlich. Er soll wie folgt geändert werden: "Der Vorstand antwortet dem Fragesteller, daß bereits Kontakte zur SPD bestehen, die zu diesem Problem aktiviert werden könnten."

TOP 3: Bericht des Vorstands

Seit Ende 1992 sind 3 Mitglieder neu eingetreten und 5 ausgetreten. Es soll nun gemäß dem Beschluß der letzten Vorstandssitzung an alle neuen Mitglieder baldmöglichst der vorformulierte Begrüßungsbrief versandt werden. Die neuen Adressen werden den jeweiligen regionalen Kontaktpersonen übermittelt.

Im "Mabuse" Nr. 83/1993 ist eine 1-seitige Darstellung des VDPP veröffentlicht, die von Udo Puteanus verfaßt wurde.

Regina Schumann nahm an einem Treffen der Fraktion Gesundheit Berlin teil, in dem die Halbzeitbilanz der laufenden Wahlperiode gezogen wurde. Treffen wie auch Bilanz waren durchaus positiv. Berichte von der Arbeit der Fraktion Gesundheit und von den Kammersitzungen in Berlin sollen nach Möglichkeit wieder im Rundbrief erscheinen.

Ulrich Hagemann will sich zusammen mit Ulrike Faber darum kümmern.

Gudrun Hahn nahm in Bonn an einer Anhörung zur Änderung der PTA-Ausbildungsordnung teil. Der VDPP wurde eingeladen aufgrund einer Eintragung in die Listen des Bundestags, die seit der Vereinsgründung jährlich erfolgt. Die Anhörung verlief in einer konstruktiven Atmosphäre, wobei mehr technische als inhaltliche Fragen behandelt wurden. Es bleibt die Frage, ob mit der Erleichterung der Prüfung eine Dequalifizierung der PTA-Ausbildung in die Wege geleitet wird, und ob dies von den Apothekern bzw. deren Landesvertretung gewünscht ist. Zu klären ist auch, inwieweit der VDPP von diesem Problem tangiert wird und wie die Diskussion geführt werden kann. Der zeitliche Rahmen: der 2. Referentenentwurf wird in Kürze vorliegen, die 2. Anhörung wird wohl im Sommer stattfinden. Gudrun Hahn soll mit dem BVPTA in Kontakt bleiben, ebenso mit Ingeborg Simon. Zur MV soll nach Möglichkeit ein Papier vorliegen, das als Diskussionsgrundlage dienen kann. Gudrun Hahn soll auch zur nächsten Anhörung nach Bonn fahren.

Aus einem Schreiben von Gerd Glaeske geht hervor, daß ihm das Verhältnis zwischen niedergelassenen Apothekern und Krankenkassen weiterhin Kummer bereitet. Er sieht in der jetzigen Situation der Umsetzung des GSG keine konstruktiven und öffentlichkeitswirksamen Ansätze aus den Reihen des VDPP. Er bietet an, auf der MV in einem Referat zum Thema "Apotheker und Krankenkassen" die Situation aus seiner Sicht darzustellen. In der anschließenden Diskussion werden grundsätzliche Positionen innerhalb des VDPP zu klären sein.

Regionalgruppen:

Die Treffen in Berlin finden jetzt jeden 3.

Mittwoch im Monat in Form eines Stamm-tisches ohne besondere Einladung statt. Für den 16. Juni will Regina Schumann ein Jubi-läumstreffen zur Vereinsgründung vorberei-ten.

In Hamburg finden nach wie vor 14-tägige Treffen bei Bernd Rehberg statt.

TOP 4: Kassenbericht

Bestand zum 31.12.92: 15.227,79 DM
5.000,- DM sollen demnächst auf unserem Konto bei der Ökobank als Festgeld angelegt werden. Die MV soll über den Ankauf eines Telefax für die Geschäftsstelle in Hamburg entscheiden.

Es wurde der Finanzplan für das nächste Jahr entworfen, der den Mitgliedern auf der MV vorgelegt werden soll.

TOP 5: Mitgliederversammlung

Zum geplanten Fachvortrag siehe TOP 3) und gesonderten Beitrag im Rundbrief.
Vom bisherigen Vorstand wollen Gerd Glaeske, Gudrun Hahn, Anita Maas und Dorothea Hofferberth auf keinen Fall mehr kandidieren. Neue KandidatInnen sollen noch vor der MV angesprochen und motiviert werden. Ablauf und Programm der MV wie auf der Einladung abgedruckt.

TOP 6: Krebsmaus und Gentechnikgesetz

Die Kampagne "Kein Patent auf Leben" kann das Votum des Europaparlaments vom 11.02.93 als Erfolg für sich verbuchen: gefordert wird die Rücknahme des Patents auf eine "Krebsmaus" und ein Moratorium für Patente auf Tiere. Dieser Beschluß hat allerdings keinen bindenden Charakter für das Europäische Parlament.

Die Kampagne läuft weiter und erhält weiterhin unsere Unterstützung.

Eugen Eschenlohr hat ein Statement zum Änderungsentwurf für das Gentechnikgesetz verfaßt. Es wurde ans Bundesgesundheitsministerium übermittelt. Eugen war zur An-

hörung zum Referentenentwurf in Bonn.

TOP 7: Plakat zur Ausländerfeindlichkeit

Das Plakat wurde von der Geschäftsstelle an 30 selbstständige Vereinsmitglieder verschickt.

TOP 8:

Die VESA hat nach geraumer Zeit auf unseren Brief geantwortet und schlägt ein Treffen vor, für das drei Auswahltermine angeboten werden sollen.

TOP 9: Termine

- Auf alle Fälle ein Frauenseminar 1994
- Ein Seminar "Arzneimittelsicherheit", vorbereitet von Ulrich Hagemann, wahrscheinlich am letzten Oktoberwochenende in Berlin.
- Ein Seminar "Kommunikation in der Apotheke" wird ins Auge gefaßt. Falls Interesse besteht, nimmt Gudrun Hahn die Organisation in die Hand.

Eine Rundreise durch Belgien und Holland - evtl. in Zusammenarbeit mit der VESA - könnte die erste VDPP-Reise sein. Wahrscheinlich muß einfach ein Termin festgesetzt und langfristig vorbereitet werden.

TOP 10: Rundbrief

Ein herzlicher Dank vor allem an Christa Augustin und Thomas Hammer für die geleistete Arbeit. Die Frage, ob auch die Rundbriefarbeit bezahlt werden sollte, wird nochmals auf der MV aufgenommen. Dort kann sich auch das Redaktionsteam neu formieren.

TOP 11: Gesundheitsstrukturgesetz

Das Problem wurde angerissen, konnte aber wegen der im Moment noch sehr unklaren Situation nicht weitergehend diskutiert werden.

TOP 12: Referent/in für Öffentlichkeitsarbeit

Bisher gingen keine Bewerbungen ein. Es wird weiter gesucht.

TOP 13: Verschiedenes

Ein Pharmareferent aus Indien, der in Hamburg zu Gast war, bat um die deutschen Arzneigesetze. Es soll nochmal genauer geklärt werden, was er benötigt. Dann soll er die Texte nach Möglichkeit haben, evtl. in Englisch.

Thomas Hammer legte einen Artikel aus der Frankfurter Rundschau vor, in dem um humanitäre Hilfe für den Irak gebeten wird. Dort sterben viele Menschen infolge des UN-Boykotts, vor allem viele Kinder. Nach genauer Ermittlung der Ansprechpartner soll ein Aufruf im Rundbrief erscheinen.

VDPP-Seminar ARZNEIMITTELSICHERHEIT

Liebe Freunde und Mitglieder des VDPP!

Auf unserer Mitgliederversammlung 1992 in Hohenroda habe ich den Vorschlag eingebracht, ein (Wochenend-)Seminar zum Thema "Arzneimittelsicherheit" durchzuführen. Der Vorschlag ist im weiteren Zusammenhang mit der Diskussion über das Berufsbild der Apotheker zu sehen, in der immer die Rolle des Apothekers als Garant der Arzneimittelsicherheit hervorgehoben und gefordert wird, der Apotheke müsse sich auch für erweiterte Aufgaben bei der Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit qualifizieren. Schnell heißt es da, die Apotheker müssen sich auch im Praxisalltag an der Erfassung und Bewertung von Nebenwirkungen beteiligen.

Ein solches Seminar scheint mir aber auch deswegen interessant und notwendig zu sein, weil in der Apothekerschaft allgemein, aber auch unter uns kritischen Berufsexemplaren, das Wissen über Methoden der Erfassung von Risiken, über Kriterien der Bewertung und über Möglichkeiten regulativer Maßnahmen ungenügende Kenntnisse vorliegen. Das ist immer dann mißlich, wenn ein aktuelles Arzneimittelrisiko in der Fachpresse, dann aber auch bald in öffentlichen Medien diskutiert wird (Beispiele: Halcion, Tryptophan, Fluctin etc). Mir scheint deshalb eine Diskussion im VDPP über bestehende praktische Regelungen und über allgemeine und theoretische Aspekte bei der Risikobewertung spannend zu sein.

Für ein solches Seminar möchte ich Euch eine erste Planung vorlegen mit der Bitte, mir mitzuteilen, ob Ihr Interesse daran habt. Zum Seminar sollen Referenten mit Sachkenntnis zu einzelnen Teilbereichen eingeladen werden. Umgekehrt sind Gäste und Freunde als Teilnehmer willkommen.

Programmvorschlag

Übersicht:

Welche regulativen Elemente tragen zur Arzneimittelsicherheit bei?

(Stichworte: Herstellung, toxikologische Prüfung, klinische Prüfung, Zulassung, Vertriebswege, Überwachung)

Einführung:

Strategien der Risikoabwehr

- Erfassung von Arzneimittelrisiken / unerwünschten Wirkungen (Stichworte: Spontanmeldesysteme, stimulierte Spontanerfassung, Fall-Kontroll- oder Kohorten-Studien, "Anwendungsbeobachtungen")
- Was ist eine Nebenwirkung, was eine unerwünschte Wirkung?
- Was ist ein Verdachtsfall, was ein Fall?

- Was soll / muß gemeldet werden?

-Verfahrensabläufe

-Bewertung von Arzneimittelerisiken - welche Kriterien werden angelegt?

- Einflüsse auf die Bewertung von Arzneimittelerisiken

Übungen und Diskussion zu einem praktischen Beispiel

Als Termin für das Seminar ist der 30./31. Oktober 1993 vorgesehen. Tagungsort ist wahrscheinlich Berlin oder die nahe Umgebung. Für die weitere Planung bitte ich Euch, den abgedruckten Coupon (Couponabschneider!!) auszufüllen und an mich zu schicken. Wer an der inhaltlichen oder organisatorischen Vorbereitung teilnehmen will, kann das auch angeben. Eine Aufforderung zur festen Anmeldung kommt später.

Viele Grüße

Ulrich Hagemann.

Schicken an: Ulrich Hagemann, Eosanderst. 14, 1000 Berlin 10

Ich bin an dem "Arzneimittelsicherheit"-Seminar des VDPP Ende Oktober 1993 interessiert.

ja nein

Ich würde einen Tagungsort im Raum vorziehen.

Name:

Adresse:

Telephon:

NIE DEN MUT VERLIEREN -

Erinnerungen an die Schicksalsjahre der chemischen Industrie
K. Winnacker

Gesundheit ist der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (WHO).

Die Meßgeräte sagen, daß die Werte wieder unter die Nachweisgrenze gefallen sind.

Der Vorstandsvorsitzende sagt, aufgrund der kurzzeitigen Einwirkung seien Gesundheitsschäden nach menschlichem Ermessen auszuschließen.

Die Behörden sagen, die Belastungen seien dem " Wohnen an einer viel befahrenen Straße " gleich zu setzen.

Das Expertengremium sagt, das Krebsrisiko sei bisher am Menschen nicht nachgewiesen.

Die Politiker sagen, der Informationsfluß müsse verbessert werden.

ICH HABE ANGST.

Es war ein ganz normaler Störfall, bei weitem kein GAU. Eine kleine Unachtsamkeit vielleicht, Rosenmontag, 4 Uhr früh. Der Arbeiter hatte nur vergessen, einen kleinen Schalter zu betätigen.

" Daß so etwas geschehen kann, hat bei den Störfallanalysen niemand für möglich gehalten ", entschuldigt der Vorstandsvorsitzer.

Als die Chemikalien in den Kessel gepumpt wurden, ging das Rührwerk nicht in Betrieb. Die Temperatur stieg gefährlich an. Die eingeschaltete Kühlung blieb erfolglos. Überdruck. Gefahr der Kesselexplosion.

Doch das Sicherheitssystem funktionierte tadellos. Bei 16 bar öffnete sich das Ventil.

" Eine Auffangvorrichtung ist für Anlagen dieser Art nicht vorgesehen. "

Planungsgemäß überzog die gelbe, klebrige Masse 36 Hektar Wohngebiet. 1400 Menschen freuten sich noch auf den Rosenmontag.

Ein Busfahrer war erbost über die Verfärbung seines Fahrzeugs und verständigte die Polizei. Nachfrage der Feuerwehr im Werk.

" Alles im Griff ".

Ein vorbeiradelnder Bäcker kam als erster in die Klinik. Die Leute gingen zur Arbeit, die Kinder zur Schule.

Erst nach Tagesanbruch wurde das gesamte Ausmaß des Unfalls ersichtlich.

Kontaminationsgebiet Schwanheim. Absperrung. Hektik. Nachfrage im Werk.

" Mindergiftig "

Messungen. Datenbankrecherchen. Feuerwehrleute mit Atemschutz.

" Keine Gefahr für die Bevölkerung "

Erste Hilfsmaßnahme des Werkes: Kostenlose Benutzung der Autowaschanlage. Lösungsmittel zur Reinigung werden verteilt.

Hautreizungen und Atemwegsbeschwerden. Die Ärzte vor Ort sind ratlos. Ein Werksarzt verordnet Antibiotika.

Meldung aus dem Umweltministerium: Nach einem Bericht aus dem Werk ist das Zeug im Tierversuch krebserregend.

Die Ausgabe von Reinigungsmitteln wird wieder eingestellt. Halten Sie die Fenster geschlossen, Ruhe und die Kinder im Haus. Kostenlose Ausgabe von Überschuhen, besonders für Hunde.

Mondlandschaft. Männer in Atemschutzanzügen. Abtragen der verseuchten Böden. Bäume und Büsche abgesägt.

" Tut mir das Zeug was oder nicht? "

Das Expertengremium tagt. Evakuierung oder Entwarnung?
Genau das ist auch die Bandbreite der Expertenmeinungen.

" In den USA ist jüngst festgestellt worden, daß die tägliche Verfütterung von ortho-Nitroanisol in hohen Dosen und über lange Zeit bei Ratten und Mäusen im Experiment zu Krebs führt. Obwohl seit Jahrzehnten mit dieser Substanz umgegangen wird, sind keine Tumoren beim Menschen bekannt geworden. "

" Die anderen Produkte... und etwa 10% noch unidentifizierter Nebenprodukte werden zur Zeit untersucht und bewertet. "

Wie gesagt, es war ein ganz normaler Störfall. Sowa kommt alle Jahre vor. Alles im Griff, mindergiftig, wird noch bewertet.

" Die Hoechst AG hat sich sofort zur Übernahme aller entstehenden Kosten verpflichtet. "

Waschanlage!

Die Arbeiter in dick verummten Anzügen sind jetzt verschwunden, ebenso die Schrebergartenidylle, die Politiker und die Schlagzeilen. Geblieben ist nur - die Angst.

GSG '93 - das Ende der Pharmazie?

Am 1. Januar dieses Jahres ist das Gesundheitssicherstellungsgesetz (GSG) ca. zwei Wochen nach seinem Beschluß und vier Wochen vor seiner Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft getreten. Ohne Übertreibung kann man wohl sagen, daß es - im Gegensatz zu seinem Vorgänger, dem Blümschen Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 - für alle Beteiligten, ob Patienten, Leistungserbringer oder Krankenkassen, fühlbare Wirkungen gebracht hat. Ich beschränke mich in den folgenden Ausführungen im wesentlichen auf die Auswirkungen des GSG auf die Arzneimittelversorgung, da sie uns am meisten betreffen und die Folgen des GSG hier schon am deutlichsten sichtbar sind, was nicht heißt, daß Masseure und Krankengymnasten, die z.T. noch stärkere Umsatzeinbrüche als die Apotheken haben, oder Medizinstudenten und junge Ärzte, denen die Niederlassungssperre droht, in ihrer Lebensplanung nicht mindestens ebenso stark bedroht wären wie Apothekenbeschäftigte.

Die Patienten werden zunächst einmal kräftiger zur Kasse gebeten. Gestaffelte Zuzahlung. Wegfall der Befreiung bei Festbetragsarzneimitteln und Pfennigzuzahlungen bei diesen bedeuten in etwa eine Verdoppelung der Selbstbeteiligung. Zuzahlungen zwischen 30 und 50 DM sind bei Multimorbiden keine Seltenheit mehr. Darüber hinaus bekommen sie für ihr Geld eher weniger, sog. Bagatellarzneimittel, teure Originalpräparate, Phytotherapeutika und teure Innovationen werden ganz gestrichen oder durch billigere Generika und ältere Arzneimittel ersetzt.

Es handelt sich bei den weniger verordneten Arzneimitteln durchaus nicht nur um überflüssige teure Plazebos wie (aus meiner Sicht) z.B. Ginkgo- oder Roßkastanienpräparate, sondern auch um notwendige Arzneimittelgruppen wie ACE-Hemmer, H₂-Antagonisten oder orale Antimykotika. Wenn auch der subjektive Ärger der Patienten über das

verweigerte Weißdornpräparat groß sein mag, bedenklicher erscheint mir, daß z.B. mit bzw. ohne Sumatriptan der Fortschritt der Migränetherapie an den deutschen Kassenpatienten vorbeigeht. Die Krankenkassen brauchen - zumindest was den Arzneimittelbereich angeht - für die nächsten zwei Jahre keine Angst vor Kostensteigerungen mehr zu haben. Es sieht vielmehr so aus, als würde das für 1993 festgelegte Arzneimittelbudget, das ja im wesentlichen eine Begrenzung des Verordnungsvolumens auf das von 1991 bedeutet (plus Mehrwertsteuererhöhung, Preiserhöhungen bis Mai 1992, Kontrazeptiva und Ärztevermehrung, minus erweiterte Festbeträge, erhöhte Patientenzuzahlung und Preissenkungen vom 1.1.1993) noch beträchtlich unterschritten.

Da die meisten anderen Ausgaben schon länger bzw. seit dem 1.1. an die Erhöhung der Grundlohnsumme gekoppelt sind, dürften insgesamt sogar Beitragsenkungen möglich sein. Es ist aber nicht zu verkennen, daß hier zwischen den verschiedenen Kassenarten durchaus Unterschiede in der Einschätzung der Folgen des GSG bestehen. Wird einerseits - vor allem bei den RVO-Kassen, in deren Selbstverwaltungsorganen zur Hälfte Arbeitgeber sitzen - in erster Linie der Einsparerfolg begrüßt, so sind andererseits auch gelegentlich skeptischere Stimmen zu vernehmen, die sich auch um eine Verschlechterung der Arzneimittelversorgung ihrer Mitglieder sorgen, wobei allerdings mehr Kritik an den Ärzten als am Gesetz geübt wird.

Die Ärzte sind es, die durch ihr Verschreibungsverhalten das Arzneimittelbudget umsetzen müssen. Die meisten kassenärztlichen Vereinigungen haben ihren Mitgliedern im Dezember Schreiben geschickt, in denen ihnen vorgezeichnet wurde, mit welchen Regressen sie bei gleichbleibendem Ordnungsverhalten rechnen müssen. Häufig waren dies fünf-, gelegentlich auch sechsstellige Beträge, es verwundert nicht, daß

da der Rezeptkugelschreiber nicht mehr so locker sitzt. Die Rechts- und Berechnungsgrundlage für diese Beträge ist allerdings eher fragwürdig, mittlerweile sind in einzelnen KVen verschiedene Verteilungsschlüssel für eventuelle GSG-Regresse beschlossen worden, wobei teilweise eine kollektive Haftung (also ca. 3000 DM je Arzt, egal ob und wieviel er verordnet hat), teilweise eine 50:50-Regelung (also die Hälfte für die Verursacher der Überschreitung) gilt. Da das Budget wohl mit Sicherheit nicht überschritten wird, sind solche Überlegungen nur theoretisch interessant, doch denke ich, daß alle Formen kollektiver Haftung kaum die erste Sozialgerichtsinstanz überleben dürften, falls ein Labormediziner, der überhaupt keine Kassenrezepte ausstellte, dagegen Klage erhebe.

Der einzelne Arzt ist mit der durch das GSG für ihn entstandenen Lage häufig überfordert. Einerseits fürchtet er den Regreß, andererseits sitzt vor ihm ein Patient, der seine gewohnten Pillen weiter schlucken möchte. Mit vermehrten Überweisungen läßt sich das Problem auch nur verschieben, der Patient wird auch nicht anhänglicher, wenn er für sein Ulcuspräparat durch die Stadt reisen muß. Er mag noch nicht einmal ein Privatrezept ausstellen, da er befürchten muß, daß der Patient damit zu seiner Krankenkasse läuft und sich den Betrag erstatten läßt, der dann doch noch zu seinen Verordnungen addiert wird. Er wird also einerseits da sparen, wo er ohnehin schon immer nur aus Gefälligkeit verordnet hat, andererseits wird er, wo er kann, billige Generika verordnen und teure Innovationen meiden.

Für die pharmazeutische Industrie hat das GSG schon in den ersten Monaten Umsatzeinbrüche gebracht, die auch durch Rationalisierung, Kurzarbeit etc. nicht mehr aufzufangen sind. Es hat die Firmen allerdings unterschiedlich getroffen. Während Firmen wie Hexal, Aliud-Pharma oder ct-Arzneimittel, also Generikahersteller im unteren Preisbereich, ihren Umsatz sogar noch erheblich steigern konnten, sieht es für die größeren forschenden Arzneimittelhersteller eher finster aus. Sie könnten

nur durch massive Preissenkungen, die weit über die vom GSG erzwungene 5%ige Preissenkung hinausgehen, versuchen, Marktanteile zurückzugewinnen. Hatten sie z.B. noch erfolgreich die Einführung von Festbeträgen für ACE-Hemmer gerichtlich verhindern können, werden sie wohl demnächst die Preise hier noch wesentlich stärker senken. Dies betrifft nur Arzneimittel, die schon auf dem Markt sind, für künftige sinnvolle und weniger sinnvolle Innovationen wird der deutsche Markt nicht mehr so interessant sein, es wird also eher bei der Forschung als beim Marketing gespart werden.

Den pharmazeutischen Großhandel treffen natürlich die gleichen Umsatzeinbußen wie die Arzneimittelhersteller. Dies wird den Konzentrationsprozeß in dieser Branche noch verstärken. Zum Teil können die Ertragseinbußen allerdings durch Rationalisierung und durch Kürzung der Rabatte für die Apotheken aufgefangen werden.

Was hat das GSG nun für die Apotheken gebracht? Nachdem die Preisänderungen mehr oder weniger erfolgreich vollzogen waren, und bevor die ersten Rezeptumsatzzahlen vorlagen, gab es Probleme mit den Patientenzuzahlungen. Während die Selbstbeteiligung von drei, fünf oder sieben DM noch mehr oder weniger akzeptiert wurde, man hatte ja schon so etwas in der Zeitung gelesen, stießen die Pfennigzuzahlungen bei Festbetragsarzneimitteln, deren Preis durch die Mehrwertsteuererhöhung über den Festbetrag gestiegen war, auf Unverständnis bis Widerstand, hatte es doch in keiner Zeitung gestanden, es hat ja mit dem GSG eigentlich auch gar nichts zu tun. Erboste von den Rezeptzuzahlungen befreite Patienten riefen ihre Krankenkassen an und wurden in nicht wenigen Fällen durch unwissende Sachbearbeiter in ihrem Widerstand bestärkt. Auch dem Ärger über nicht mehr verordnete Arzneimittel wurde vorwiegend in den Apotheken Luft gemacht. Insgesamt schätze ich, daß im Januar in den westdeutschen Apotheken mindestens eine Million Arbeitsstunden unfreiwillig mit Erläuterungen des GSG verbracht wurden.

Weit bedenklicher als diese Schwierigkeiten waren und sind die Umsatzzahlen seit dem Inkrafttreten des GSG. Wer sich in den ersten Januartagen noch optimistisch sagte, den gesunkenen Rezeptzahlen entspräche ja ein höherer Barumsatz, der allerdings zum größten Teil auf erhöhten Patientenzuzahlungen beruht, die vom Rezeptumsatz wieder abgezogen werden müssen, und wer, als er dann Mitte Februar die endgültigen Januar-Umsatzzahlen hatte, sich noch mit der Annahme eines Seehofer-Bauches im Dezember, dem eben im Januar ein Seehofer-Loch gefolgt sei, tröstete, der wurde spätestens im März zum Pessimisten. Die durchschnittlichen Umsatzverluste liegen zwischen 15 und 30 Prozent, wobei natürlich je nach Rezeptanteil am Umsatz und Verhalten der umliegenden Ärzte ganz beträchtliche Schwankungen nach oben und unten existieren.

Für den durchschnittlichen Apothekeninhaber, der 1991 bei einem Nettoumsatz von 1.802.000 DM, einer Handelsspanne von 32,5 % und Kosten von 401.000 DM ca. 185.000 DM vor Steuern verdient hat (für 1992 schätze ich 1.965.000 DM, 32,2 %, 433.000 DM und einen Gewinn von 200.000 DM), bedeutet diese Umsatzentwicklung, daß er 1993 - selbst wenn wir annehmen, daß sich der Umsatzrückgang im Jahresdurchschnitt noch auf 15 % reduziert - bei einem Umsatz von 1.670.000 DM, gleichbleibender Spanne und nur um 3 % gestiegenen Kosten von 446.000 DM ca. 92.000 DM vor Steuern verdienen wird, was also gegenüber 1992 einen Einkommensverlust von 54 % bedeuten würde. Das liegt zwar noch um einiges über dem Sozialhilferegelsatz, wenn wir den Betrag aber um die Verzinsung des Eigenkapitals (statt ein Warenlager, Einrichtungsgegenstände etc. zu haben, könnte man sein Geld ja auch zur Bank bringen) und um den Betrag, der im Angestelltenverhältnis verdient werden könnte (incl. 13. Monatsgehalt, Arbeitgeberanteil zu den Sozialabgaben und evtl. Überstunden), vermindern, kommen wir zum Schluß, daß sich das Ganze nicht mehr rechnet, betriebswirtschaftlich betrachtet also rote Zahlen geschrieben werden.

Dabei muß noch beachtet werden, daß 60 % der Apotheken den Durchschnittsumsatz gar nicht erreichen. Der Zentralwert, also der Wert, den die Hälfte der Apotheken unter- und die Hälfte überschreiten lag 1991 zwischen 1,4 und 1,5 Millionen DM. Wenn wir die Verteilung der Apotheken nach Umsatzgruppen genauer betrachten, so haben schon 1991 ca. ein Drittel der Apotheken, die weniger als 1,25 Millionen DM umgesetzt haben, betriebswirtschaftlich gesehen Verlust gemacht. 1993 werden voraussichtlich nur die 20 - 25 % der Apotheken, die mehr als 1,85 - 1,9 Millionen umsetzen werden, schwarze Zahlen schreiben, wobei ich meine Schätzung noch für relativ optimistisch halte.

Wie werden die Apothekenbesitzer auf diese Entwicklung reagieren? Umsatz und Handelsspanne sind nur schwer zu beeinflussen, es bleibt also nur eine Verminderung der Kosten. Von diesen sind Bankzinsen, Mieten, Abschreibungen etc. ebenfalls schwer zu verändern, es bleiben also im wesentlichen nur die Personalkosten. Am Verhältnis von Stellenangeboten und Stellengesuchen in der Fachpresse sehen wir, daß viele Kollegen freiwerdende Stellen nicht mehr besetzen, auch erste Entlassungen hat es schon gegeben. Das ist natürlich nur bedingt durchführbar, da sich nur der Umsatz, nicht aber in gleichem Maße die Zahl der Rezepte und Arzneimittelpackungen vermindert, der Bedarf nach Arbeitskraft also nicht ganz so stark wie der Umsatz sinkt. Dennoch würde sich selbst dann, wenn nur jede zweite Apotheke eine halbe Stelle striche die Arbeitslosigkeit in unserem Bereich mindestens verdoppeln, wobei der überproportionale Anteil frisch ausgebildeter Fachkräfte noch gar nicht berücksichtigt ist.

Bei den gerade laufenden Tarifverhandlungen werden mit Sicherheit keine 5,7 % Gehaltserhöhung wie 1992 vereinbart werden; wenn die Arbeitgeberseite doch noch irgendeiner symbolischen Gehaltserhöhung so um 2,5 % zustimmen sollte, so wahrscheinlich nur um 1994 nicht der ÖTV statt des zahmen BVA gegenüber sitzen zu müssen. In nicht wenigen Apotheken wird diese magere Gehalts-

erhöhung vermutlich mit übertariflicher Bezahlung verrechnet werden, also de facto nicht stattfinden. Darüberhinaus kursieren auch weitere arbeitsrechtlich nicht immer ganz saubere Empfehlungen an Apothekenleiter zur Reduzierung der Personalkosten wie Nichtbezahlung von Überstunden, Streichung freiwilliger Sozialleistungen etc.

Wenn es auch Kollegen geben mag, die willens und in der Lage sind, für ein oder zwei Jahre mehr oder weniger von der Substanz zu leben, so wird doch mit Sicherheit in diesem Jahr erstmals die Zahl der Apothekenschließungen die der Neueröffnungen übersteigen. Kleinere Apotheken werden nicht mehr verkäuflich sein, und auch manch größerer Betrieb, der einen hohen Verschreibungsanteil hatte, und dessen Inhaber noch einen hohen Kaufpreis abzahlt, wird in Bedrängnis geraten. Dies wird in Großstädten die Arzneimittelversorgung nicht unmittelbar verschlechtern, wohl aber in ländlichen Regionen.

Man mag einwenden, dies sei ja für die Betroffenen alles sehr bedauerlich, doch schluckten die Deutschen ohnehin zu viele Pillen, es gebe mehr als genug Apotheken, die Apotheker verdienten ohnehin zuviel, und es sei zu begrüßen, wenn hier Mittel für andere gesundheitspolitische, sozialpolitische und sonstige gesellschaftliche Aufgaben freigesetzt würden. Wer eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung, eine erweiterte psycho-soziale Betreuung u.ä. fordert, wird, wenn man ihn denn nach seinen Vorschlägen zur Finanzierung fragt, auf ein enormes Einsparpotential im Arzneimittelbereich verweisen. Auch im VDPP-Programm heißt es, die durch die Arzneimittelwerbung geschaffene gefährliche Arzneimittelgläubigkeit behindere einen verstärkten Einsatz nicht-medikamentöser Therapien.

Mancher Patient, der sich während eines Auslandsurlaubs einmal Arzneimittel gekauft hat, wird sich auch fragen, wodurch die deutschen Arzneimittelpreise gerechtfertigt sind. Befindet er sich zudem noch in einer der höheren Beitragsklassen seiner Krankenkasse, so wird ihn jede Kostendämpfungsmaßnah-

me bei den Arzneimittelausgaben erfreuen, soweit sie nicht bedeutet, daß er sich seine gewohnten Arzneien selber kaufen muß. Wir können also davon ausgehen, daß die gesellschaftliche Akzeptanz für überproportionale Einsparungen bei den Arzneikosten recht groß ist.

Wenn wir uns einmal die Statistiken der Arzneiausgaben der Krankenkassen anschauen, stellen wir in der Tat fest, daß ca. ein Viertel der Ausgaben auf in ihrer Wirksamkeit fragwürdige Arzneimittel entfallen. Weitere 10 - 20 % könnten eingespart werden, wenn konsequent die preiswertesten Generika verschrieben würden (dieses Sparpotential ist 1993 wohl mindestens zur Hälfte ausgeschöpft worden). Betrachten wir dann noch die sog. "Strukturkomponente" der Arzneimittelausgabensteigerungen, stellen wir fest, daß vielleicht nicht jeder Lipidsenker und jeder ACE-Hemmer wirklich unbedingt notwendig ist, und daß auch die Arzneimittel, die später im Arzneimittel Müll landen, vielleicht nicht hätten verschrieben werden müssen. Zögen wir dann noch die verbliebenen Gefälligkeitsverordnungen und die sog. Bagatellarzneimittel ab und reduzierten den verbliebenen Betrag noch um ca. 20 % für Marketingaufwendungen der Industrie, so ließen sich die Arzneimittelausgaben mehr als halbieren.

Dadurch müßte noch kein einziger Patient sterben, die Zahl der Apotheken halbierte sich allerdings mindestens. In Großstädten würde die Versorgung der Patienten dadurch noch nicht unbedingt zusammenbrechen, was den ländlichen Raum betrifft, könnte man über ein Distributionsrecht für Ärzte in apothekenmäßig unterversorgten Regionen nachdenken, eventuell mit der Maßgabe dafür eine pharmazeutisch ausgebildete Kraft einzustellen.

Verlassen wir dieses - zumindest aus der Sicht der Arzneimittelhersteller und -verteiler - Schreckensszenario und fragen uns, was wir oder die pharmazeutische Industrie denn eigentlich gesellschaftlich und gesundheitspolitisch Sinnvolles leisten, das einen Verzicht auf weitere oder gar die Rücknahme bestehender Sparbeschlüsse rechtferti-

gen würde. Die reinen Produktionskosten von Arzneimitteln betragen ja sieht man einmal von einigen Sera und Impfstoffen ab - meist nur einen Bruchteil der üblichen Herstellerabgabepreise, und auch die bloße Abgabe ließe sich mit weniger als 18.000 Apotheken mit ca. 100.000 Beschäftigten bewerkstelligen.

Betrachten wir zunächst die Arzneimittelhersteller, deren Popularität in gesundheitspolitisch kritischer eingestellten Kreisen nur knapp über der von Nuklear- und Rüstungsindustrie liegt, woran sie sicherlich nicht völlig unschuldig sind. Ob man sie nun liebt oder nicht, die Herstellung von Arzneimitteln ist keine unmoralischere Angelegenheit als die Herstellung von Schuhen, Kühlschränken oder Büchern. Wenn wir akzeptieren, daß in dieser Gesellschaft mit der Produktion dieser Güter Geld verdient wird, müssen wir dies auch für die Produktion von Arzneimitteln, die ja zumindest für einige Menschen lebensnotwendig sind, akzeptieren. Wir müssen deshalb natürlich noch nicht gutheißen, daß dafür ca. 0,7 Prozent des Bruttosozialproduktes aufgewendet werden, wenn auch die Hälfte ausreichte.

Lediglich für die Herstellung von Arzneimitteln käme man in der Tat mit weit weniger als der Hälfte aus, vieles von dem, was für Werbung und Marketing sowie für die Produktion zweifelhafter Arzneimittel aufgewendet wird, ist gesellschaftlich nicht sinnvoll. Ein nicht völlig unbedeutender Teil der Arzneimittelaufwendungen wird aber auch für die Entwicklung neuer Arzneimittel verwandt und damit sinnvoll eingesetzt. Die pharmazeutische Industrie beziffert diesen Anteil natürlich höher als ihre Kritiker, die berechtigterweise manch vermeintliche Forschungsaufwendungen eher den Vermarktungsaufwendungen zuordnen. Bei einer pauschalen Kürzung der gesamtgesellschaftlichen Aufwendungen für Arzneimittel litte aber natürlich auch die Forschung.

Auch bei der Entwicklung neuer Arzneimittel gilt das Prinzip des abnehmenden Grenznutzens, d.h. wenn die

erste Milliarde DM für Arzneimittelforschung vielleicht insgesamt 100.000 Menschenlebensjahre rettet, rettet die zweite Milliarde nur noch 80.000 und die hundertste nur noch eines. Insoweit ist es - wie auch in anderen Fragen der Finanzierung und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens - immer eine mehr oder weniger willkürliche Entscheidung, was man aufwenden kann und will, bzw. welchen Wert ein Menschenleben hat. Dabei muß natürlich auch bedacht werden, ob das Geld, wenn es in sicherere Verkehrsmittel, humanere Arbeitsbedingungen etc. investiert wird letztlich mehr Leben retten könnte. Mir scheint aber, daß es betrachten wir AIDS, Krebs, wieder zunehmende Infektionskrankheiten, anwachsende Antibiotikaresistenzen etc. - im Bereich der Arzneimittelentwicklung durchaus noch Sinnvolles zu tun gibt.

Die Frage ist also nicht so sehr, wieviel für Arzneimittel ausgegeben werden sollte, sondern vielmehr, wie die Ausgaben gesellschaftlich sinnvoll gesteuert werden können. Insofern sind Negativlisten, d.h. Beschränkung der Ausgaben für fragwürdige Arzneimittel, und Festbeträge, d.h. Beschränkung der Möglichkeit mit alten Arzneimitteln Geld zu verdienen, wobei man sich natürlich über Patentlaufzeiten und die Kosten der Forschung an bereits auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln streiten kann, dann sinnvoll, wenn sie die Aufwendungen der Industrie in Richtung Entwicklung neuartiger Arzneimittel lenken. Das Bremsen von Pseudoinnovationen wäre dann eine Aufgabe der Zulassungsbehörde oder der Festbetragsregelung. Tatsächlich neuartige Arzneimittel müßten aber auch zu Preisen vermarktet werden können, die die Industrie zu weiteren Innovationen motivieren, wobei die Grenzen nur durch die o.g. allgemeinen Überlegungen bestimmt werden.

Was hat die Gesellschaft nun von den 18.000 Apotheken, deren Rohertrag 1992 ca. 12 Milliarden, d.h. ca. 0,4 % des BSP, betrug. Die bloße Verteilung von Arzneimitteln ließe sich ohne Zweifel preiswerter haben, schließlich gibt es Länder ohne Apotheken in unserem

Sinne (Japan), mit vergleichbar vielen aber nicht so teuren Apotheken (Italien), mit Apotheken teilweise als Abteilung im Drugstore (USA, Großbritannien) oder mit bedeutend weniger Apotheken je Einwohner (Niederlande, skandinavische Staaten). Zum Teil liegen die Distributionskosten für Arzneimittel hier ganz bedeutend unter denen in der BRD, ohne daß die Menschen das Gefühl hätten, pharmazeutisch gesehen in einem Entwicklungsland zu leben.

Mir scheint das hiesige Apothekenwesen nicht so übel zu sein, daß es keine Verteidigung gegen eventuelle Verschlechterungen verdienen würde. Die relativ große Zahl von Apotheken ermöglicht in ländlichen Gebieten eine angemessene Versorgung der Bevölkerung, in größeren Städten wäre zwar eine Konzentration denkbar, doch litte, wenn es beispielsweise in Hamburg statt knapp 500 nur ca. 150 Apotheken gäbe, ohne Zweifel die fast persönliche Beziehung, die mancher Patient zu "seiner" Apotheke hat. In den Apotheken findet ja durchaus häufig das statt, was man im Gegensatz zur Apparatedizin "sprechende Medizin" nennen kann. Nicht wenige Patienten finden in der Apotheke, was sie beim Arzt vermissen, jemanden, der etwas mehr Zeit hat, ihnen zuzuhören, weil ihn keine Einzel Leistungsvergütung dazu zwingt, mit möglichst vielen Patienten möglichst viele Untersuchungen und therapeutische Maßnahmen durchzuführen.

In einer Apotheke mit durchschnittlichem Umsatz ist es auch nicht unbedingt ruinös, eine vernünftige Arzneimittelberatung durchzuführen. Wer ca. 1.5 Millionen DM mit ärztlichen Verordnungen umsetzt, kann es sich bei durchschnittlicher Kostenstruktur durchaus leisten, im OTC-Geschäft statt 500.000 DM nur 450.000 DM umzusetzen, indem er seine Patienten vor nutzlosen und schädlichen Arzneimitteln bewahrt, soweit sie seiner Beratung zugänglich sind, wobei sie dies ja über ihren Krankenkassenbeitrag schon indirekt mitfinanzieren. Dies tut gewiß nicht jeder, aber es sind sicher auch nicht nur die im VDPP organisierten Kollegen, die sich häufiger einmal der durch die Arzneimittelwerbung geweckten Nach-

frage widersetzen. Bei drastisch sinkenden Umsätzen im GKV-Bereich wird aber fraglos die Zahl der Kollegen sinken, die meinen, sich eine am Wohl der Patienten orientierte Beratung leisten zu können, und auch die übrigen werden es weniger gern tun.

Es wäre natürlich theoretisch denkbar, auch für die Nichtabgabe von Arzneimitteln eine Beratungsgebühr zu fordern, handelt es sich doch um eine für den Patienten häufig objektiv nützliche Dienstleistung, doch ist dies wohl augenblicklich recht utopisch.

Was kann man denn der durch das GSG ausgelösten Entwicklung entgegensetzen, um den Niedergang der Apotheken zu vermeiden oder aufzuhalten? Die offizielle Standespresse und andere an die Apotheken versandte Schriften sind voll von Vorschlägen, zum größten Teil scheinen sie mir sinnlos oder gesundheitspolitisch fragwürdig.

Einen weiteren Ausbau der Selbstbeteiligung, die Einführung einer "Eintrittsgebühr" beim Arzt, Urlaub statt Kuren, die Schaffung von drei Karenztagen etc. fordert der Vorsitzende des Landesapothekerverbandes Baden-Württemberg. Abgesehen davon, daß dies unseren gesundheitspolitischen Vorstellungen wohl vollständig widerspricht, wäre es auch politisch angesichts des noch nicht verrauchten Zornes der Patienten über die gerade erfolgte Erhöhung der Zuzahlung kaum durchsetzbar. Wenn wir die Unternehmer, die ja an einer Senkung der sog. Lohnnebenkosten interessiert sind, als Bündnispartner haben wollen, sind solche Forderungen vielleicht sinnvoll, doch sie würden vermutlich zwar die Vorschläge unterstützen, die eingesparten Mittel aber nicht zur Entlastung der Apotheken einsetzen wollen.

Eine Arzneimittelauswahl durch die Apotheker kann unter gegenwärtigen Umständen eigentlich allenfalls bedeuten, daß ein Teil der Verantwortung für die Einhaltung des Arzneibudgets bei uns liegen würde. Die Vorteile, die sich eventuell für die Apotheken durch rationellere Bestellungen und eine Senkung der Lagerhaltungskosten ergeben

könnten, wären durch Compliance-Probleme beim Wechsel der Apotheke durch den Patienten und durch Konflikte mit den Ärzten aufgehoben.

Die Schaffung von Freidosen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die der baden-württembergische LAV-Vorsitzende gleichfalls fordert, ist wohl, mag sie auch der Rechtslage in der Schweiz und der Apothekenpraxis in Europa westlich des Rheins, südlich der Alpen und mittlerweile auch östlich der Oder entsprechen, glücklicherweise in der BRD nicht diskutabel, geschweige denn durchsetzbar.

Eine Schadensbegrenzung durch Ausweitung des Nebensortiments, Franchisekonzepte, Apotheken als "Haus der Gesundheit" u.ä. kann für einzelne Apotheken sinnvoll sein. Letztlich werden diese Dinge aber, wenn man es einmal betriebswirtschaftlich durchrechnet, nur durch den Rezeptumsatz subventioniert, mögen also als Marketingmaßnahme tauglich sein, als gesundheitspolitisches Konzept sind sie es nicht. Es kann noch vermittelbar sein, daß 18.000 Apotheken überleben sollten, für 18.000 Drugstores gilt dies gewiß nicht.

Als 1988 bei der Diskussion des GRG der Vorschlag eines Festzuschlags für Arzneimittel gemacht wurde, analog dem niederländischen Modell, der die Preisspannenverordnung ablösen sollte, sahen die Landesvertretungen der Apotheker darin das Ende der deutschen Apotheke. Scharenweise gaben Kollegen ihre CDU-Mitgliedsbücher zurück, man wunderte sich 1992/93, daß überhaupt noch Ausritte wegen Seehofer möglich waren. Schließlich gelang es der ABDA aber 1988, Veränderungen für die Apotheken zu verhindern, was dazu führte, daß die Umsätze lediglich 1989 stagnierten. Heute aber wird eine Festzuschlagsregelung auch im Deutschen Apothekerverein (DAV) ernsthaft diskutiert, nicht wenige Kollegen rechnen sich aus, daß sie, gäbe es die Regelung schon, durch das GSG praktisch keine Ertragseinbußen hätten.

Ich denke auch, daß hier ein Weg liegen könnte, weiteren Schaden für die

Apotheken und die Arzneimittelversorgung zu verhindern. Es sind natürlich eine Menge Fragen offen: die Höhe des Festzuschlags (sagen wir einmal, der 1991er- oder 1992er-Gesamtrohgewinn dividiert durch die Zahl der Packungen als Diskussionsbasis), die Behandlung sehr billiger und sehr teurer Arzneimittel (soll eine kleine Packung Aspirin 15 DM kosten, reicht ein Festzuschlag von 10 DM bei Arzneimitteln für mehrere tausend DM), die Anpassung des Betrages (Kopplung an Grundlohnsumme oder Inflationsrate oder aber jährliche Verhandlungen mit den Krankenkassen mit der Gefahr, wie die Rezepturzuschläge für Jahrzehnte festgeschrieben zu bleiben), der Gültigkeitsbereich (nur Kassenrezepte oder alle Arzneimittel), die Behandlung von Großhandelsspanne und -rabatten etc.

Wenn das Ergebnis einer solchen Regelung ein wie in den Niederlanden mehr oder weniger garantierter Gewinn der Apotheke wäre, stellt sich natürlich auch die Frage der Niederlassungsfreiheit und der Verkäuflichkeit von Apotheken, was verfassungsrechtlich hufenweise knifflige Fragen aufwirft, gegen die die Grundstücksprobleme in der Ex-DDR nahezu Lappalien sind, denn man wird sich auch mit jahrhundertalten Apothekenprivilegien beschäftigen müssen.

Was wir an Forderungen für den Apothekenbereich auch für sinnvoll halten, wir werden es nicht allein durchsetzen können, womit sich die Frage nach möglichen Bündnispartnern stellt. Dies könnten die Krankenkassen sein, wenn sie sich in erster Linie als Vertretungen der Patienten und nicht als Institutionen zur Niedrighaltung der Lohnnebenkosten begreifen, wobei wahrscheinlich auf Seiten der Kassen und der Apotheker einiges an Berührungspunkten abgebaut werden muß. Mögliche Bündnispartner sind auch Patienteninitiativen und -verbände.

Am wichtigsten scheint mir aber die Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften zu sein, die z.Zt. praktisch nicht stattfindet. Sie vertreten nicht nur in sozialpolitischen Fragen die Mehrheit der Bevölkerung, sondern sind auch in der

Selbstverwaltung der Krankenkassen maßgeblich vertreten. Der DAV bzw. der mit ihm ja weitgehend identische Arbeitgeberverband Deutscher Apotheker sollte sich fragen, was er eigentlich am BVA hat. Dessen schon durch die niedrigen Beiträge fehlende Streikfähigkeit mag ja tauglich sein, die Steigerung der Personalkosten in ziemlich engen Grenzen zu halten, doch in der politischen Diskussion spielt der BVA überhaupt keine Rolle, sein Bekanntheitsgrad außerhalb der Apotheken dürfte z.B. gegen Null gehen. Hätte sich die ÖTV anstatt des BVA massiv gegen das GSG ausgesprochen, das ja erwiesenermaßen auch Tausende Arbeitsplätze in Apotheken bedroht, so wäre dies zumindest eine Zeitungsmeldung wert gewesen.

○ Wäre die ÖTV Tarifpartner der Apothe-

kenleiter, und wäre eine nennenswerte Zahl von Apothekenangestellten in ihr organisiert (also mehr als die ca. 2,5 % des BVA), so wäre die Auseinandersetzung um die Verteilung des Kuchens Rohertrag der Apotheken für die Apothekenleiter ohne Zweifel härter. Es gäbe aber auch eine - im Gegensatz zum BVA - gesellschaftlich durchaus relevante Kraft, die dafür einträte, daß der Kuchen nicht schrumpft, sondern größer wird. Zudem wäre die ÖTV ja nicht nur die Vertretung der Apothekenangestellten, sondern auch die der Krankenkassenbeschäftigten. Darüber hinaus ist sie auch in der Selbstverwaltung der Krankenkassen auf der Arbeitnehmerseite vertreten und könnte so dazu beitragen, die Beziehungen zwischen Apotheken und Krankenkassen zu entkrampfen.

Jürgen Große

Der Apothekeninhaber und das GSG

Das GSG trifft. Es trifft uns alle. Sicher die einen mehr und die anderen weniger. Mein Anliegen ist es, Euch einmal die Probleme des Inhabers einer "Öffentlichen Apotheke" nahezubringen: Die Auswirkungen der betriebswirtschaftlichen Zahlen durch das Verschreibungsverhalten der Ärzte aufgrund der Budgetierung des GSG auf meine persönlichen Entscheidungszwänge.

Es ist mir wichtig, auf folgendes hinzuweisen: wenn ich von Auswirkungen des Umsatzrückganges und Gewinnreduzierung spreche, gehe ich selbstverständlich davon aus, daß mich als Inhaber die Folgen genauso hart, wenn nicht härter treffen als meine Mitarbeiter. Aber ich bin auch nicht bereit hinzunehmen, daß sie mich alleine treffen!

Vorweg muß ich noch sagen, daß ich als VDPPLer in dem Dilemma stecke, die Auswirkungen des GSG - Reduzierung der Verschreibung von Medikamenten - nicht in Bausch und Bogen verurteilen zu können, weil wir genau das in unserem Programm ja fordern!! Und weil ich Seehofer aufgrund meiner Erfahrung bisher nicht widersprechen kann, daß sich die medizinische Versorgung verschlechtert hätte.

Alle in der "Öffentlichen Apotheke" Arbeitenden haben sich in den letzten Jahren an einen Lebens- und Arbeitsstandard gewöhnt und sich darin eingerichtet, der nicht mehr zu halten ist. Für alle nicht mehr zu halten ist. Seit 10 Jahren konnten wir es lesen, wenn wir es denn lesen wollten, konnten es uns ausrechnen, wenn wir es denn ausrechnen wollten, konnten es also wissen, wenn wir es denn wissen wollten: dieses Gesundheitssystem ist von der Gesellschaft nicht mehr zu bezahlen, wenn nicht ein Wandel eintritt. Aber hätten wir aus dieser Einsicht heraus denn die Arbeitszeitverkürzung, die Lohnerhöhungen, die Einführung der bezahlten Frühstückspause, die Vergütung des Fahrgeldes, den Kaffee, die Brötchen, das volle 13. Monatsgehalt, die Zigarettenpausen, die Unterhaltungen über die ach so wichtigen Erlebnisse vom Wochenende, bevor dann endlich mit der Arbeit begonnen wird, verhindern sollen, ja überhaupt können?! Es ist völlig klar, das war nicht möglich!

Und nun stehe ich mit meinem erdrutschartigen Umsatzeinbruch da und muß, wie ich gemeinsam mit meinen Mitarbeitern diese Situation in den Griff bekomme.

Nun zu den betriebswirtschaftlichen Zahlen. Ich lege hier nicht meine Zahlen offen, aber es sind reale Zahlen einer mir bekannten Apotheke:

Umsatz 1992 ohne MWSt.	1.802.000,00
Wareneinsatz	1.216.350,00
Rohgewinn	585.650,00
Gesamtkosten	416.000,00
Gewinn vor Steuern	169.650,00

Bekannt ist mir der Rückgang des Rezeptumsatzes durch die monatlichen Auswertungen des NARZ (NARZ = Norddeutsches Apotheken Rechenzentrum):

Zahlen der Beispielpothke		Hamburger Durchschnitt
Jan. 92 -> Jan. 93:	40.3	30.2%
Feb. 92 -> Feb. 93:	24.3%	28.6%
März 92 -> März 93:	26.4%	21.3%

Bei den Januarzahlen 93 muß berücksichtigt werden, daß im Dez. 92 eine überdurchschnittliche Rezeptumsatzerhöhung von 18.6% erzielt wurde.

Da mein Rezeptumsatz 70%-73% des Gesamtumsatzes ausmacht, gehe ich optimistisch von einem gesamten Umsatzrückgang von 15% aus. Ich denke, Ihr seht, daß diese Zahl, die in der öffentlichen Diskussion immer wieder genannt wird, sehr realistisch ist.

Umsatz	1.802.000,00 minus 15% =	1.531.700,00
Wareneinsatz	1.216.350,00 minus 16% =	1.021.734,00
Rohgewinn		509.966,00
Gesamtkosten	416.000,00 plus 3%	428.480,00
Gewinn vor Steuern		81.486,00

- Den Wareneinsatz reduziere ich um 16%, da durch die niedrigeren Preise ein im Verhältnis niedrigerer Wareneinsatz zum Umsatzrückgang eintritt - was den Rohgewinn erhöht.
- Ich erhöhe die Gesamtkosten für 1993 um 3%, da diese kaum gleich bleiben werden. Nach den Bilanzen der letzten Jahre sind die jährlichen Kostensteigerungen im Durchschnitt 12% gewesen. Unter der besonderen Berücksichtigung, daß die Personalkosten in 1993 kaum steigen werden(!!!), glaube ich mit 3% realistisch zu liegen.

Das heißt also, wenn der Umsatz sich um 15% reduziert und die Kosten um 3% steigen, sinkt der Gewinn von von 169.650,00 DM auf 81.486,00 DM.

Das ist ein Rückgang von 88.164,00 DM = 51.8% !!

Sicher, jetzt werden manche kommen und sagen: wieso, 82.000 DM brutto Jahreseinkommen ist doch wohl genug. Soll er sich doch entsprechend einschränken. Wir leben in einem kapitalistischen System, in dem eingesetztes Kapital - wie Einrichtung, Warenlager und Standort - Rendite = Zinsen abwerfen sollte. Außerdem habe ich immer wieder investiert und

damit 8 Arbeitsplätze geschaffen bzw. erhalten und nicht nur den Gewinn verprasst. Ich denke, es ist legitim, für diese Leistung einen Gegenwert zu erhalten, so daß 169.650 DM Brutto-Jahreseinkommen eine ausreichende Vergütung ist. Und außerdem brauche ich doch Luft, um neue notwendige Investitionen vornehmen zu können. Mit einem Gewinn von 81.486 DM geht das gar nicht. So entstehen dann die berühmten "Roten Zahlen".

Ich hoffe, Ihr könnt jetzt verstehen, was diese Zahlen für einen Apothekeninhaber bedeuten und könnt vielleicht manche Reaktion von Euren Chefs besser einordnen, wobei Ihr das allgemeine Gestöhne ja sowieso kennt.

Zurück zu Seehofer und seinem GSG. Anders als nach der Blüm'schen Reform (ACE-Hemmer, Lipidsenker) kann ich nirgends geheime Pfeile im Köcher der Pharmaindustrie entdecken, die eine entscheidende Wende herbeiführen könnten.

Nein, nein, Seehofers Budgetierung greift vorzüglich!

Mir bleiben jetzt nur 3 Möglichkeiten:

1. Verkauf
2. Erhöhung des Umsatzes
3. Kostenreduzierung

Punkt 1 kommt für mich nicht in Frage, ist für die Mitarbeiter auch völlig irrelevant, weil sich ihre Situation dadurch erst einmal überhaupt nicht ändert.

Punkt 2 wird, wie Ihr sicher aus eigener Erfahrung wißt, sehr schwer umsetzbar sein. Es bedeutet, die betriebswirtschaftliche Seite der Apotheke zu durchleuchten. Welche Warengruppen, bzw. Waren innerhalb dieser Gruppen haben eine zu niedrige Handelsspanne, sind also unrentabel. Die Handelsspanne ist der Wert in % oder DM, der den Unterschied zwischen Einkauf und Verkauf angibt, wobei man vorher die MwSt. herunterrechnen muß. Die Handelsspanne bei 20 Thomapyrin beträgt z.B. 38.28. Allgemein kann man sagen, daß alles unter 32% Handelsspanne unrentabel ist. Findet man solche Waren oder -gruppen, muß man sich fragen, ob es Alternativen gibt, die ins Warenlager aufgenommen werden können und auch verkaufbar sind.

Weiter ist die Durchleuchtung der Kundenstruktur der Apotheke sehr wichtig, um daraus die zu präsentierende Warenpalette ableiten zu können.

Und am allerwichtigsten: mit engagierten Mitarbeitern gemeinsam die optimale Pflege der Kunden und Patienten. Das geht natürlich nur aus einem guten Betriebsklima heraus. Wie schaffe ich das aber bei diesen durch das GSG vorgegebenen Bedingungen? Nur mit Hilfe der Einsicht der Mitarbeiter, was noch machbar ist und was unmöglich geworden ist, und durch meinen eigenen persönlichen Einsatz.

Es ist klar, daß sich - solange es den Apotheken gut ging und gute Gewinne erzielt wurden - kaum ein Apothekeninhaber diese sehr umfangreiche und kostenintensive Arbeit gemacht hat. Da geht es den Apothekern nicht anders als z.B. den Ärzten und Zahnärzten.

Also bleibt zum Schluß nur noch Punkt 3 = Kostenreduzierung.

Alle, die in der Apotheke arbeiten, wissen daß die Arbeit die gleiche geblieben ist und daß etwas billiger wird (außer natürlich Arzneimittel!) ist reines Wunschdenken. Und doch muß bei den hier gezeigten Zahlen etwas geschehen, will die Apotheke überleben. Die Kosten müssen gesenkt werden. Steuern kann ich nur das Warenlager. Aber wie kann ich das Warenlager verringern und gleichzeitig meine Lieferbereitschaft auf hohem Niveau halten, was unerläßlich ist, weil 400 Meter weiter schon die nächste Apotheke ist. Am Ende bleibt als effektivster aber schmerzhafter Faktor nur der Arbeitskräfteabbau.

Ich möchte Euch meine Personalkosten und die Gesamtkosten für die Jahre 1989 bis 1992 im Verhältnis zum Umsatz aufzeigen.

Jahr	Kosten insgesamt (% vom Umsatz)	Personalkosten (% vom Umsatz)
1989	20.58	13.17
1990	22.27	15.42
1991	22.95	16.20
1992	24.97	18.01

Und der Markt zeigt es: Approbierte, auch mit langjähriger Berufserfahrung, sind bei den Kammern als Arbeitssuchende reichlich gemeldet.

Zum Schluß laßt mich aber noch auf einen möglichen Trend, jedenfalls bei mir, hinweisen, an dem ich aber noch nicht wage, eine Prognose abzuleiten: der Barumsatz, also das, was die Kunden zusätzlich kaufen, ist im Februar und März um 20% gestiegen. Selbstverständlich habe ich die erhöhten Rezeptanteile schon herausgerechnet. Das ist natürlich nicht viel, weil der Barumsatz vom Gesamtumsatz nur 15-20% ausmacht! Aber man klammert sich an jeden Strohalm.

Was letztendlich bleibt, ist:

- ich muß die Handelsspanne erhöhen
- ich muß ein für meinen Standort optimales Warenangebot präsentieren und die Betreuung jedes einzelnen Kunden und Patienten erhöhen
- ich muß die Kosten im Personalbereich senken
- ich muß die Mitarbeiter informieren und motivieren für die Erhaltung des guten Betriebsklimas
- und last but not least muß ich selber mehr arbeiten.

Bernd Rehberg

ötv compositum



Fachgruppe Apotheken

Seehofers Opfer

Will man derzeit etwas über das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und seine konkreten Auswirkungen aus der Presse erfahren, tut man gut daran, deren Wirtschaftsteil aufzuschlagen. Das erscheint auch konsequent, seitdem Gesundheitspolitik sich vor allem als Spar- und Streichpolitik versteht und Begriffe wie Kostendämpfung, Mangel, Haushaltslöcher, Milliardendefizit und Altlasten zum Standardvokabular unserer Gesundheitspolitiker gehören.

Von den unsozialen Folgen der sog. Gesundheitsreformgesetze (GRG) und GSG, insbesondere für chronisch Kranke, Behinderte und alte Menschen, erfahren die Zeitungsleser nur wenig. Dagegen bekommen Versicherte, die Ärzte und Apotheken aufsuchen müssen, sehr schnell zu spüren, daß ihnen auch diesmal wieder die Opferrolle zugedacht wurde. Dabei hatte sich Seehofer im Vorfeld der Gesetzgebung auffällig als Patientenanwalt zu profilieren versucht. So wurde er nicht müde, zu betonen, er verfolge ein ausgewogenes Konzept, in dem diesmal die Anbieterseite, also Pharmazeutische Industrie, Ärzte und Apotheker, die Hauptlast des geplanten Einsparvolumens von ca. 11 Mrd. DM tragen sollten, die Krankenversicherten dagegen "nur" gut 2 Mrd. DM. Einmal abgesehen davon, daß die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung seit dem



Inkrafttreten des GRG im Jahre 1989 mit jährlichen Zuzahlungen von 7 Mrd. DM (zusätzlich zu ihren hohen Beiträgen) ihren Anteil zur "Ausgewogenheit" bereits überreichlich vorab erbracht hatten (gar nicht zu reden von den bis zu Beginn dieses Jahres erfolgten Beitragserhöhungen bei den meisten Kassen), konnten wir schon nach einem Monat GSG feststellen, daß die neuen Zuzahlungen, jetzt für jedes Arzneimittel, die Kranken überproportional, d. h. unausgewogen hart treffen. Zuzahlungen von mehr als 20,- DM pro Rezept sind nichts besonderes mehr. Nach Berechnungen der Betriebskrankenkassen bedeutet die neue Zahlungsregelung für einige chronisch Kranke eine Verzehnfachung ihrer Ausgaben für Arzneimittel.

Sind diese Auswirkungen schon schlimm genug, so scheinen jetzt auch noch einige niedergelassene Ärzte in zunehmendem Maße, aus Sorge um die eigenen Pfründe, ihre Patienten zu finanziellen Sonderopfern zu zwingen. Dabei bedienen sie sich unterschiedlicher Methoden:

1. Sie verweigern den Patienten "ihre" Arzneimittel mit dem fragwürdigen Hinweis, daß diese nicht mehr verordnet werden dürften. Sie empfehlen den Kauf des gewünschten Präparates in der Apotheke.
2. Zur Entlastung des Arzneimittelbudgets stellen sie zunehmend Privatrezepte



aus, z. B. für Benzodiazepine und versehen das Rezept mit dem Aufdruck: "Nicht zu Lasten der Krankenversicherung".

3. Sie versuchen, "teure" Patienten loszuwerden per Überweisung oder Einweisung ins Krankenhaus.

Das trifft vor allem insulinpflichtige Diabetiker, Multimorbide, HIV-Positive, Asthmatiker, Tumorkranke.

Diese berufsethisch höchst verwerflichen Verhaltensmuster sind die ersten Reaktionen einer verunsicherten Ärzteschaft auf Fehlinformationen zum GSG und Verbreitung von Halbwahrheiten in den Medien, deren Opfer wehrlose Kranke sind.

Ärzte, die sich so verhalten, demonstrieren nicht nur große Unsicherheit und einen bedenklichen Opportunismus im Umgang mit ihrem wichtigsten therapeutischen Hilfsmittel, sie beweisen auch in beschämender Weise, wie schnell sie die von ihnen immer beschworene Therapiefreiheit drangeben, wenn sie zu einer Bedrohung der privaten Pfründe zu werden droht. Wo und wann immer in der Vergangenheit die Verordnungsweise der Ärzte kritisch kommentiert wurde, z. B. in den jährlich erschienenen Arzneiverordnungsreporten und deshalb die Einführung von verbindlichen Entscheidungshilfen (Stichwort: Positivliste) gefordert wurde, wurden sie von Ärzten energisch als Angriff auf die "Therapiefreiheit" zurückgewiesen. Und heute? Bei vielen Medizinern scheint die Therapiefreiheit da aufzuhören, wo Arzneimittel eine bestimmte Preismarke überschreitet. Sie haben offenbar immer noch nicht begriffen, daß ihre Verordnungsfreiheit nicht durch eine wirtschaftliche Verordnungsweise aufs Spiel gesetzt wird, sondern durch die von ihnen über Jahrzehnte betriebene Verordnungspraxis unter der fürsorglichen Anleitung der Pharmazeutischen Industrie. Anstatt jetzt endlich dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu entsprechen (d. h. wirksame, medizinisch unbedenkliche preiswürdige Medikamente zu verordnen), bedient sich der in Panik geratene "Halbgott in Weiß" der therapeutisch nicht mehr begründbaren "Rasenmähermethode", die sich im Beschneiden von Höhen und Mengen erschöpft. Hier wird die zugestandene therapeutische Freiheit dem Krämergeist geopfert.

Eine Veröffentlichung der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr,

Nicht nur die Patienten, auch die Apothekenbeschäftigten werden mit dem GSG und seinen Folgen konfrontiert.

Auf der Bonner Demonstration der ABDA im November 1992 sagten deren führende Funktionäre den Untergang tausender Arbeitsplätze voraus. Dieser Prognose schloß sich damals auch die Vertreterin des BVA an. Sie warnte Seehofer vor der Verabschiedung des GSG. Mit ihrer Erwartung, nach dem Inkrafttreten des GSG würden ca. 20.000 Kolleginnen ihren Arbeitsplatz verlieren und viele Apotheken müßten schließen, lieferte sie den Unternehmern in Vorbereitung auf die diesjährigen Tarifverhandlungen gute Argumente für ein "Nullangebot". So sieht es für die nächsten Tarifverhandlungen mehr als düster aus. Erinnerung sei hier an die letzten, in die die Arbeitgeberseite trotz zweistelliger Gewinnzuwächse mit einem frechen "Nullangebot" ging. Sowenig wie sie damals bereit waren, von ihren Gewinnen an jene weiterzugeben, die daran einen erheblichen Anteil hatten, sowenig darf der BVA diesmal bereit sein, die angeblichen oder wirklichen Umsatzrückgänge mitzutragen. Angesichts der auch vom BVA eingeräumten schlechten Bezahlung der Apothekenbeschäftigten, steigender Arbeitsbelastung, wachsender Lebenshaltungskosten, zu erwartender weiterer "Solidaropfer", sind deutliche Zuwächse vor allem in den unteren Gehaltsgruppen lebensnotwendig. Da haben die Unternehmer einmal die Gelegenheit zu beweisen, daß ihnen ihr Personal nicht nur dann etwas "wert" ist, wenn es gilt, es vor den Karren der ABDA zu spannen, wie jüngst in Bonn geschehen!



Bezirk Berlin, Engeldamm 70, 0-1020 Berlin, V.f.d.I.: Günter Janz, Abteilungsgeschäftsführer

Buchbesprechung:

Forschen auf Deutsch. Der Machiavelli für Forscher - und solche die es noch werden wollen.

S. Bär, Verlag Harri Deutsch, ISBN 3-8171-1208-4

Liest eigentlich irgendein Vereinsmitglied die Buchbesprechungen? Und wer kauft dann eines der angepriesenen Bücher? Diese Fragen stellen sich mir bei jeder Buchbesprechung aufs neue. Diesmal habe ich allerdings das Vergnügen, ein Buch anzupreisen, das zur Zeit nicht lieferbar ist, die Neuauflage soll aber demnächst (wann immer das sein mag) erscheinen.

Also, was tun nach einem Pharmaziestudium im Angesicht der Katastrophenmeldungen aus den öffentlichen Apotheken? Eine Promotion war immer schon eine Möglichkeit, die Entscheidung über den weiteren beruflichen Werdegang einige Jahre hinauszuzögern.

Die wenigsten Leute haben allerdings eine Vorstellung auf welche Wagnisse sie sich einlassen, ein Mißstand dem wir als Rundbriefredaktion schon mit Veröffentlichungen entgegen getreten sind. So wurde im Rundbrief 10 mit "Cantors Dilemma" ein Blick in die amerikanische Forschungswelt geworfen. Nun gibt es eine Darstellung der deutschen Forschungslandschaft: *Forschen auf Deutsch*. Im Gegensatz zu Djerassis Roman ist es kein ausgefeiltes literarisches Kunstwerk, *Forschen auf Deutsch* ist eine nützlicher Wegweiser durch die Dschungel, Höhen und (Un)Tiefen des Wissenschaftsgeschäftes.

Das Buch richtet sich in erster Linie an Studenten, Diplomanden, Doktoranden und Postdoks in den Naturwissenschaften. Sehr lebensnah wird die Welt der gewöhnlichen Forscher - aus dem Blickwinkel des Postdoks beschrieben. Das Werk stellt die notwendige Ergänzung zu der sonstigen wissen-

schaftlichen Literatur dar, denn wo sonst die wichtige Fragen angesprochen, wie z.B.: Wie kriege ich ein eigenes Labor? Wie werde ich ein selbständiger Wissenschaftler? Woher bekomme ich Geld für meine Forschung? Wie steige ich in der Forschungshierarchie auf?

Einige Abbildungen lockern den Text zusätzlich auf, die Probleme der Apotheker können in der modifizierten Abbildung ... auf Seite ... betrachtet werden.

S. Bär (ein Pseudonym ?) räumt mit den naiven Vorstellungen vom anarchischen Leben eines Wissenschaftlers auf und das in einer sehr kraftvollen und bildreichen Sprache. So charakterisiert er sein Buch als "... *kleinen, machiavellistischen Leitfaden für jene, die in den Tiefen der deutschen Forschung wandeln. Denn es genügt nicht, sich durch den Dschungel der Methoden zu hauen, Wasser in der Wüste mißlungener Experimente zu finden. Wie bei den Entdeckungsfahrten früherer Afrikareisender, wo wichtiger als Klugheit gute körperliche Verfassung und Zähigkeit es war, die lokalen Sitten zu kennen, sich mit Häuptlingen und Medizinmännern gut zu stellen und in langweiligen Palavern deren Wohlwollen zu sichern, so muß der gewöhnliche Forscher die Bräuche und sozialen Strukturen der deutschen Forschung kennen. Sonst kann es auch dem Fleißigsten und Klügsten geschehen, für den Rest seines Lebens einem zweitklassigem Negerhäuptling die Hirse mahlen zu müssen.*"

Die Darstellungen der verschiedenen Labororganisationsformen erscheinen vielleicht übertrieben, für einen Anfänger sind sie

wahrscheinlich erschlagend, aber im Laufe der Zeit wird man erkennen, daß dieses Buch mehr als nur ein Körnchen Wahrheit enthält. - Vielleicht kann sich der Leser/die Leserin damit einige Frustrationen ersparen.

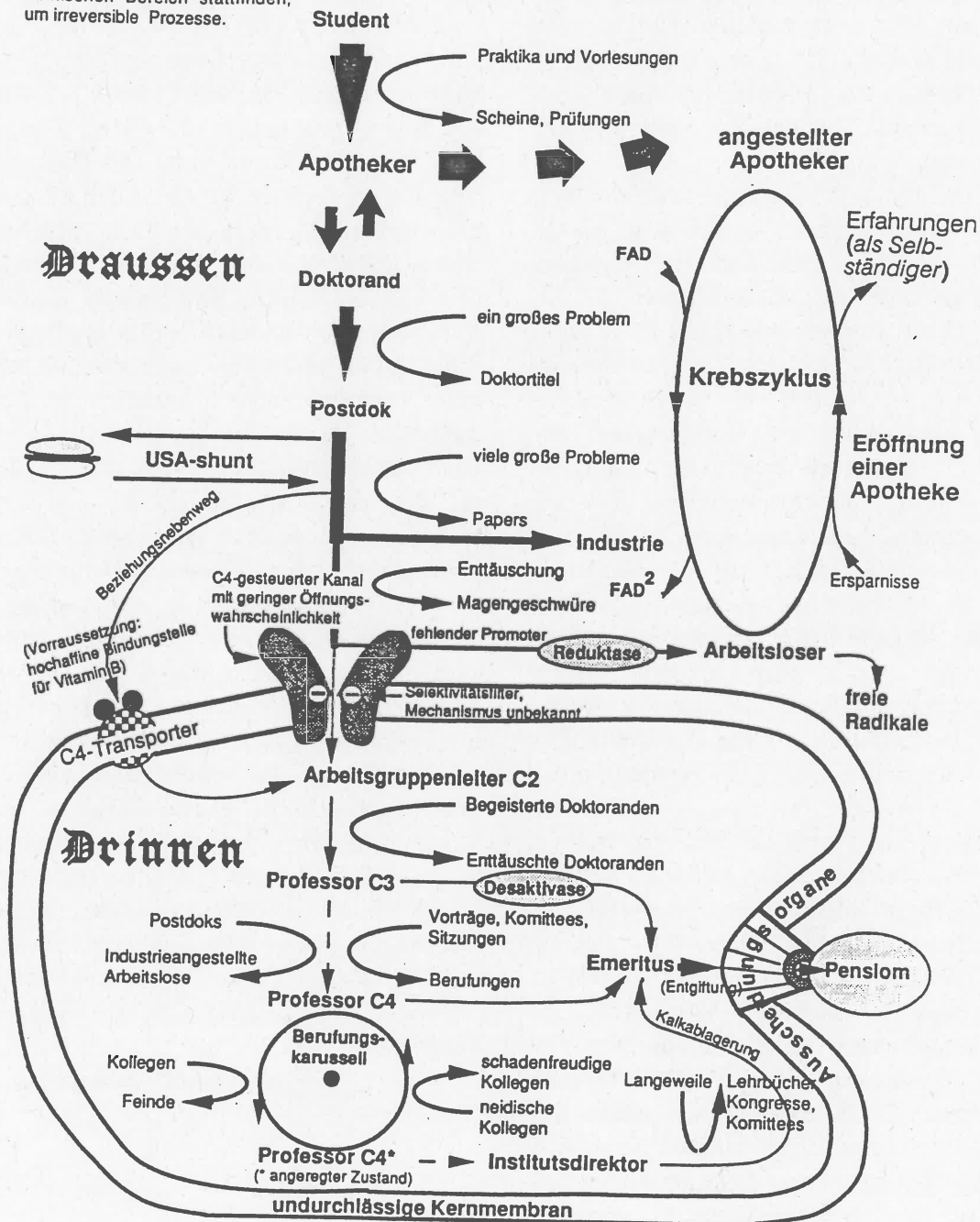
Es bleibt zu hoffen, daß die Neuauflage schon in Arbeit ist und jeder (potentielle) Doktorand (oder auch Meßneger, siehe Abbildung ...) sich demnächst an dem Büchlein erfreuen kann.

Thomas Schulz-Schalge

Der akademische Stoffwechsel

Bei den beschriebenen Vorgängen handelt es sich, soweit sie im akademischen Bereich stattfinden, um irreversible Prozesse.

(modifiziert für Apotheker)



↑ Leseprobe

Buchbesprechung: Mythos Tierversuch - Kritisch gelesen

Die Teilnehmer an der MV 1992 in Hohenroda erinnern sich bestimmt noch an die völlig gegensätzlichen Standpunkte, die beim Thema "Tierversuche" aufeinanderprallten. Sie wurden auch im Rundbrief 13 deutlich bei den Buchbesprechungen zu zwei Büchern, die sich von zwei unterschiedlichen Seiten aus mit dem Problem Tierversuche auseinandersetzten. Ich habe mir nach Lektüre von Thomas Hammers Besprechung "Mythos Tierversuch" gekauft und - mit gewisser Verzögerung - auch gelesen.

Der Autor zimmert in seinem Bemühen den Mythos Tierversuch zu sezieren selber an Mythen, von denen ich nur einen einzigen Mythos kurz herausgreifen möchte.

Auf Seite 81 beginnt das Kapitel mit dem Titel: "6. Mythos: Erst durch Tierversuche lassen sich die Risiken von neuen Medikamenten, Impfstoffen und Chemikalien abschätzen". Gleich zu Beginn wird auf die Zeit vor der tierexperimentellen Testung hingewiesen und die Frage gestellt: "Warum hat es eigentlich damals nie eine Katastrophe a la Thalidomid/Contergan gegeben? Hat man einfach Glück gehabt?" Schlecht recherchiert hat man oder die ideologischen Scheuklappen haben die Sicht gestört. Andernfalls hätte der Autor auf das Sulfanilamidmisdaster in den USA (1937) stoßen müssen.

Der Bedarf an Tierversuchen war in den guten alten Zeiten gering, schließlich stand der Mensch im Mittelpunkt. So wurde die Wirksamkeit von Sulfonamiden bei verschiedenen Wundinfektionen unter bestialischen Bedingungen in deutschen Konzentrationslagern ausgetestet (Medizin ohne Menschlichkeit, Mitscherlich & Mielke, Fischer Taschenbuch 2003). Auch später waren die Ärzte nicht zimperlich, da wurden Neugeborene mit Tetracyklinen behandelt um zu sehen, ob das Knochenwachstum verlang-

samt wird. Um das festzustellen wurden die Säuglinge natürlich regelmäßig geröntgt, diese Versuche fanden übrigens nicht im KZ statt, sondern in den USA (Cohlan et al., 1963. Am.J.Dis. Child. 105, 453-461).

Als Beispiel für Rambecks "Argumentate" zitiere ich die Beschreibung des Ames-Testes: "Während ein Langzeittest an Ratten zum Ausschluß einer krebserzeugenden Wirkung zwei Jahre dauert und etwa 1-2 Millionen DM kostet, dauert der AMES-Test etwa zwei Tage und kostet rund 300 DM" (Seite 97). Rambeck erweckt damit den Eindruck, als wenn die Toxikologen völlig bescheuert wären und Zeit, Geld und Tiere verschwenden würden. Dieses Strickmuster wird von Rambeck auch an anderer Stelle gepflegt und viele Zitate erwecken dann den Anschein einer wissenschaftlich fundierten Kritik, zumindest für den Laien.

Eine weitere inhaltliche Auseinandersetzung mit den vielen Unrichtigkeiten und Unterlassungen des Buches ist übrigens Zeitverschwendung, den "Tierversuchsgegner zu sein, bedeutet nicht für die Abschaffung der meisten oder der 'überflüssigen' Tierversuche zu sein, sondern sich für die umgehende Beseitigung des ganzen tierexperimentellen Systems einzusetzen. Wer hier nicht mitzieht, hält auf und schadet der Bewegung gegen Tierversuche" (Seite 243).

Vor diesem Hintergrund ist eine Auseinandersetzung mit dieser Glaubensrichtung im VDPP völlige Zeitverschwendung, den eine Diskussion hat meines Erachtens nur Sinn, wenn beide Seiten die Bereitschaft zeigen, ernsthaft auf die Argumente der Gegenseite einzugehen.

Thomas Schulz-Schalge

An das
Bundesgesundheitsministerium
Bundesgesundheitsminister
Dr. Horst Seehofer
Gesch.-Z. 333-450000/6
5300 Bonn 2
Postfach 200129

Verein demokratischer
Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten
Grindelallee 182
2000 Hamburg 13

Betrifft: Gesch.-Z. 333-450000/6

Stellungnahme zum Referentenentwurf zur Novellierung
des Gentechnikgesetzes vom 15.2.1993

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Gesundheitsminister,

hiermit möchten wir unsere Stellungnahme zu dem mit 15.2.1993
datierten Referentenentwurf zur Novellierung des Gentechnikgesetzes
vom 20. Juni 1990 wie folgt abgeben.


Zunächst möchten wir Ihnen mitteilen, daß wir den Zeitrahmen zwischen
der Ausgabe des Entwurfs und der gewünschten Abgabefrist der Stellung-
nahmen mit ca. 5 Wochen als äußerst knapp bemessen für eine ausführliche
Diskussion in den Verbänden bzw. Vereinen erachten.

In diesem Zusammenhang möchten wir Sie auch darum bitten, uns in Ihren
Verteiler mit aufzunehmen und ab sofort alle die Gentechnologie
betreffenden relevanten und öffentlichen Vorgänge direkt an unsere
AG Gentechnologie, z. H. Herrn Eugen Eschenlohr, Fischbacherstrasse 23,
7951 Eberhardzell, zu senden.

Desweiteren mußten wir bei Durchsicht des Referentenentwurfes fest-
stellen, daß eine ganze Reihe von Novellierungsvorschlägen, wie wir
Sie Ihnen im Rahmen des Positionspapiers der Projektgruppe Bio- und
Gentechnologie des Deutschen Naturschutzrings zur Kenntnis brachten,
leider nicht berücksichtigt wurden.

Die Stellungnahmen zu den einzelnen Paragraphen des Gesetzesentwurfs
entnehmen Sie bitte den nachfolgenden Seiten dieses Schreibens.
Zuletzt möchten wir Sie um Einladung zur Anhörung zu der Novellierung
des Gentechnikgesetzes in Ihrem Ministerium bitten.

Mit freundlichen Grüßen verbleiben wir

für die Arbeitsgruppe
Gentechnologie

Eugen Eschenlohr

für den Vorstand
des VDPP

Vorausgehend wollen wir nochmals die Forderungen aufstellen, die bereits im Positionspapier der Projektgruppe "Bio- und Gentechnologie" des deutschen Naturschutzinges formuliert und vom VDPP mitgetragen wurden, soweit sie nicht bereits im Gesetzentwurf vom 15.2.1993 berücksichtigt wurden, was aus unserer Sicht für die meisten nicht zutrifft.

Zu den vorgesehenen Formulierungen und Ausführungen in den einzelnen Paragraphen des Gesetzes beziehen wir wie folgt Stellung:

zu § 2:b): Falls dieses Gesetz nicht zur Anwendung am Menschen gelten soll, sehen wir insbesondere für die Herstellung entsprechender Arzneimittel mit genetisch veränderten Organismen im Falle ihrer Anwendung in der Humanmedizin möglicherweise eine Regelungslücke.

Auf der anderen Seite sehen wir bei der Anwendung von gentechnisch veränderten Mikroorganismen am Tier, die von diesem Gesetz erfasst wird, angesichts der aus unserer Sicht vorgesehenen Verfahrenserleichterungen mögliche Gefahren für den Tierschutz (Bsp "Krebsmaus"!).

zu § 3:b): Die zitierten Fälle, in denen der Gesetzgeber keine Inverkehrbringungs-genehmigung durch das BGA vorsieht, halten wir für zu weitgehend und möglicherweise riskant:

- der Austausch von GT-Organismen zum Zwecke der Forschung (wer schließt dann zum Beispiel die Entwicklung/Forschung biologischer Waffen aus?)
- die Abgabe durch patentrechtliche Vorschriften an Dritte
- die Abgabe von Arzneimitteln im Rahmen der klinischen Prüfung (auch hier kommen bereits "Endverbraucher" in Form kranker oder gesunder Probanden in den "Genuß" gentechnologisch hergestellter Arzneimittel).

zu § 4:a): Zum einen sieht man aus Gründen der Arbeitserleichterung vor, daß

2 zusätzliche Sachverständige berufen werden, zum anderen jedoch wird unserer Ansicht nach diese Arbeitserleichterung durch die vorgesehenen Verfahren

verkürzungen (vgl. § 8,9 etc.) mehr als aufgehoben.
Angesichts der zu erwartenden Steigerung der Antragszahl kann dies nur zu einer Verminderung der Sorgfalt in der Arbeit der ZKBS gehen.

- zu § 8:a): Durch das Wegfallen der 3-Monatsfrist wird die Reaktionszeit der Behörde zu stark verkürzt, was besonders im Stadium einer Antragsflut zu überhasteten Entscheidungen führen kann. Eine unberechtigte Ablehnung des Antrags aus Zeitgründen kann im Regressfall den Steuerzahler teuer zu stehen kommen, eine unberechtigte Genehmigung aus demselben Grund birgt möglicherweise unkalkulierbare Gefahren für die Allgemeinheit oder die Umwelt und verletzt den Schutzzweck des § 1,1. Daß gentechnische Arbeiten der Sicherheitsstufe S 1 zu gewerblichen Zwecken statt einer Genehmigung nur noch einer Anmeldung bedürfen sollen, halten wir nur nach der Prüfung der korrekten Zuordnung durch die Behörden und bei Nachweis des öffentlichen Interesses (z.B. bei mangelnden konventionellen Alternativen) für gerechtfertigt. Im übrigen treten wir dafür ein, daß im gesamten Bereich der Gentechnologie bei der Entscheidung über Genehmigung bzw. Anerkennung der Anzeige eine Nutzen-Risikoabschätzung die Grundlage darstellen sollte, wie es auch bei der Zulassung von Arzneimitteln seit Jahren durch das BGA praktiziert wird.
- c): Den vorzeitigen Baubeginn vor der endgültigen Entscheidung durch die Behörde über den gestellten Antrag halten wir insofern für gefährlich, weil zum einen bei der Ablehnung des Antrags unter Umständen durch die Wiederherstellung des alten Zustandes eine große Menge Ressourcen und Energie zu "Müll" verarbeitet wird, zum anderen aber der Antragssteller ein volkswirtschaftliches Druckmittel (Arbeitsplätze, Rationalisierung, entfallende sonstige Investitionen) ausspielen könnte, wie dies in anderen Bereichen (WAA, Rhein-Main-Donau-Kanal) auch geschehen ist.
- Die Entscheidungsbehörde könnte dann unter Zugzwang geraten.

- zu § 10:b): Entgegen dem Gesetzentwurf halten wir eine neuerliche Genehmigung der Anlage auch dann für erforderlich, wenn in Ihr "weitere gentechnologische Arbeiten" zu gewerblichen Zwecken der gleichen Sicherheitsstufe vorgesehen sind, da es in unseren Augen einer erneuten Prüfung der Eignung der Anlage für diese neuen Aufgabenstellung durch neutrale Experten bedarf.

zu § 11:b): Die vorgesehene Fristverkürzung im Genehmigungsverfahren einer gentechnischen Anlage zu Forschungszwecken und der gleichzeitige Verzicht auf die Beteiligung der ZKBS erscheint uns durch nichts gerechtfertigt. Wer beurteilt dabei die "Vergleichbarkeit" einer anderen, bereits von der ZKBS eingestuften, Anlage?

Die Fristverkürzung ist angesichts der zu erwartenden Menge von Anträgen im Interesse des § 1,1 nicht zu tolerieren, weil die Entscheidungsbehörden schon heute unter massivem Personal- und Zeitmangel leiden.

zu § 14: Angesichts der wachsenden Umweltprobleme lehnen wir die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Verfahrenserleichterungen für Freisetzungsversuche gänzlich ab, da wir zum einen in Ihnen keine vernünftige Alternative zur ökologischen Landwirtschaft sehen, die in unseren Augen die alleinige Grundlage für ein Leben "in Gesundheit" darstellt, zum anderen solche Freisetzungsversuche z.B. die Überproduktion solcher "Lebensmittel" steigern sollen, die heute schon für eine große Anzahl unserer Wohlstandserkrankungen verantwortlich sind (z.B. Zucker).

zu § 16:b): Die Bundesforschungsanstalt für Viruskrankheiten sollte wie im bestehenden Gesetz bei der Freisetzung aller gentechnisch veränderter Tiere herangezogen werden.

zu § 18:a): Ein weitergehender Ausschluß der Öffentlichkeit von den Anhörungsverfahren durch die Streichung der S 2, unter die ja die meisten der bisher beantragten Arbeiten fielen, kann angesichts des immer vorhandenen "Restrisikos" und der nun allmählich wachsenden Bewußtseinsbildung der Bevölkerung nicht im Sinne der Demokratie sein und darf nicht dem Interesse einer bestimmten Gruppe ("zu gewerblichen Zwecken") geopfert werden.

zu § 23: Der Ausschluß privatrechtlicher Abwehransprüche auch für den Fall, daß eine öffentliche Bekanntmachung der Genehmigung erfolgt ist, geht unseres Erachtens zu sehr zu Lasten von Eignern betroffener Nachbargrundstücke. Unerwartete Ereignisse können bei keiner Anlage mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden, so daß die Option der Einstellung des Anlagenbetriebs, der gentechnischen Arbeiten

sowie einer Freisetzung für die zuständigen Behörden in jedem Fall offengehalten werden muß, wenn für ein benachbartes Grundstück benachteiligende Einwirkungen zu erwarten sind. Die räumliche Festlegung des Begriffs "benachbart" muß dabei auch Problematiken wie der des Gentransfers durch Pollenflug berücksichtigen und darf nicht zu begrenzt ausfallen. Desweiteren ist für uns der Begriff "benachteiligende Einwirkungen" zu unpräzise und sollte nicht nur von Expertenkreisen, sondern auch anderen gesellschaftlichen Gruppen näher definiert werden.

zu § 24:a): Eine Befreiung von gemeinnützig anerkannten Forschungseinrichtungen von den Kosten der Amtshandlungen halten wir nur dann für berechtigt, wenn nicht über diesen Weg Erkenntnisse gewonnen werden, die anschließend von der Industrie vermarktet werden, ohne daß diese an den Kosten (z.B. nachträglich) partizipieren oder die Industrie von vorneherein durch Forschungsaufträge über Drittmittel Verwaltungskosten zu Lasten des Steuerzahlers vermeidet.

zu § 26: Absatz 4 wurde gestrichen. Dennoch glauben wir, daß als Versagensgrund eine drohende Gefahr für die menschliche Gesundheit oder die Umwelt nochmals explizit zitiert werden sollte, da dies gemäß § 1,1 auch ein Hauptzweck dieses Gesetzes sein muß!

zu § 36: Wegen der nie auszuschließenden Gefahr halten wir auch für gentechnische Anlagen der Sicherheitsstufe 1 eine Deckungsvorsorge für wichtig.

Insgesamt ist zu sagen, daß der vorliegende Vorschlag für eine Überarbeitung des Gentechnikgesetzes für den VDPP (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten) nicht akzeptabel ist. Im Vergleich zum gültigen Gesetz soll ein weiterer Abbau an Öffentlichkeitsbeteiligung und Transparenz sowie an Sicherheitsbestimmungen erfolgen. Statt einer Umwandlung der S 1 in die S 2 zur besseren Kontrolle wird diese ersatzlos gestrichen, während die bestehende S 2 durch die Verkürzung der Fristen im Anmelde- und Genehmigungsverfahren und den Wegfall des Anhörungsverfahrens für die Antragsteller vereinfacht wird. Angesichts des schon bestehenden Personal- und Zeitmangels bei den Behörden ist unseres Erachtens keine angemessene kritische Bearbeitung der doch rapide wachsenden Zahl der Anträge ~~...~~ mehr möglich.

Die jüngsten Ereignisse von Frankfurt warnen uns doch geradezu deutlich davor, Sicherheitsaspekte bestimmten Wirtschaftsinteressen zu opfern. Frankfurt darf sich im Bereich der Gentechnologie nicht wiederholen, da die dann auftretenden Ereignisse nicht mehr rückholbar sind. Selbst im Chemiebereich, wo man glaubte, die Technik im Griff zu haben, kam es bei den verschiedenen Unfällen zu Reaktionen, die keiner vorhersah (Seveso, Bhopal, Schwanheim etc.). Eine mögliche Gefährdung von Mensch und Umwelt kann von uns als Vertreter eines Heilberufs nicht toleriert werden und steht auch in krassem Widerspruch zum Zweck dieses Gesetzes aus § 1,1. Dies sah auch die EG-Kommission in ihrem Schreiben vom 6.8.92 an Ihre Behörde so, als sie eine dringende Anpassung der deutschen Gesetzeslage an die strengeren Vorstellungen der EG wünschte. Stattdessen erfolgt nun eine weitere Aufweichung des erst 2 Jahre alten Gesetzes zugunsten einer in unseren Augen fahrlässigen Freigabe dieser Technik an die Industrie. Sicherlich ist die Förderung von Wissenschaft und Industrie ebenfalls ein Zweck dieses Gesetzes (§1,2), aber eben nur einer und in unseren Augen der untergeordnete! Außerdem kommen Studien im EG-Bereich oder Publikationen in der Fachpresse (z.B. Biotechnology 2/93) zu dem Ergebnis daß der Industrie durch die bestehende Gesetzeslage keineswegs Standortnachteile im Vergleich zu anderen Nationen entstehen und sogar die Vermarktungschancen gentechnisch hergestellter Arzneimittel in Deutschland am besten beurteilt werden.

Aus den erläuterten Gründen lehnen wir die in dieser Form geplante Novellierung ab und fordern eine erneute Überarbeitung im Sinne des § 1,1, der Forderungen der EG-Kommission und der Forderungen aus dem Positionspapier der AG Gen- und Biotechnologie des dt. Naturschutzrings!

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Hanne Lederer
Stadt-Apotheke
Espantorstraße 1
W-7972 Isny
Tel.: 07562/8284
07562/4417 (priv.)

Bayern

Michaela Raasch
Königinstraße 51
W-8000 München 22
Tel.: 089/347400

Berlin

Regina Schumann
Zimmermannstr. 17
W-1000 Berlin 41
Tel.: 030-7928251

Brandenburg

Peter Riemeyer
Linden-Apotheke
Brandenburger Straße 158
O-1512 Werder

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel Apotheke
Schwaneweder Straße 21
W-2800 Bremen 71
Tel.: 0421/605054

Hamburg

Susanne Meyer
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
W-2000 Hamburg 13
Tel.: 040/458768

Hessen

Franz Kirchner
Hilligengasse 13
W-6230 Frankfurt-Hoechst
Tel.: 069/306689

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Hamburg

Niedersachsen

Gabi Beisswanger
Pfeiffers Weg 7
3180 Wolfsburg 12
Tel.: 05362/63038

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Wilhelm-Tell-Straße 13
W-4000 Düsseldorf 1
Tel.: 0211/3114172
0211/394256

Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

Saarland

Edith Arweiler
Bernhardstraße 19
W-6638 Dillingen/Saar
Tel.: 06831/73463

Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

Sachsen

Christina Kasek
Kantstraße 12
O-7030 Leipzig

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen

