

VDPP - *Rundbrief*

7. Jahrgang, Nr. 31 / September 1995

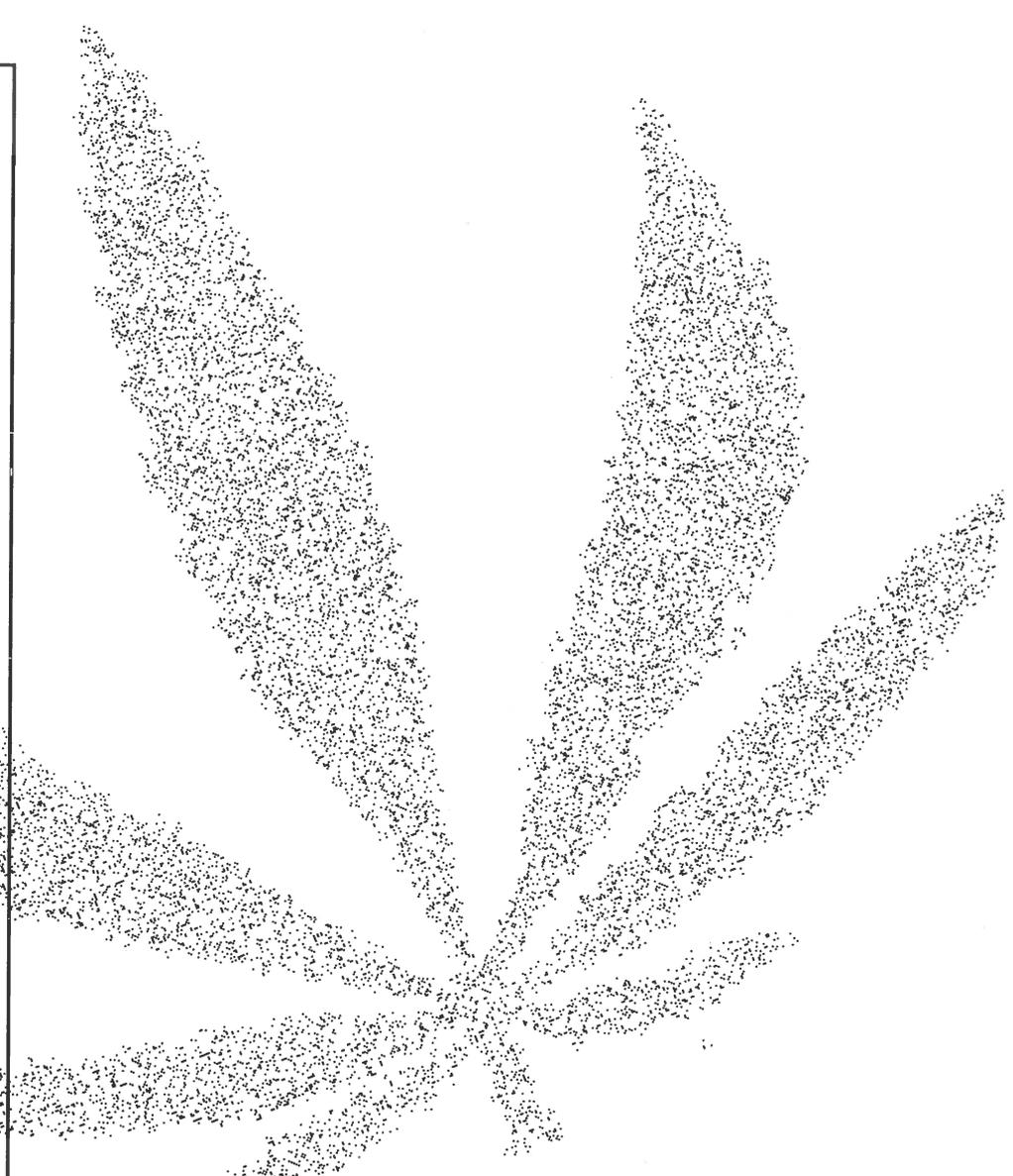
MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

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

unabhängig
überparteilich
patientenorientiert



Inhalt

| | |
|---|----|
| Udo Ament Grüßworte des Vorstands | 3 |
| Katja Lorenz Ideen in den Fragebogen gepreßt | 4 |
| Jürgen Große Berliner Positivliste | 6 |
| Eugen Eschenlohr Erfordert die Etablierung neuer Technologien auch „eine neue Ethik“? | 8 |
| Termine und Veranstaltungen | 16 |
| Who's who im VDPP | 17 |
| Buchbesprechung | |
| Ute Meyerdirks-Wüthrich Buchtips | 13 |
| Ingrid Schubert Analyse des Arzneimittelverbrauchs | 15 |
| Dokumentation | |
| Einführung | 19 |
| Dietmar Mieth Die Last der Verantwortung | 20 |
| Sachverständigenrat Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Auszug | 23 |
| VDPP-Presseerklärung dazu: 400 Seiten gegen die Solidarität | 29 |
| Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen Stellungnahme zum Entwurf ... | 30 |

Cannabis

| | |
|--|----|
| Stellungnahme | 32 |
| Presseerklärung d. VDPP v. 12.07.1995 | 48 |
| Cannabisprodukte i. d. Apotheke? | 49 |
| Marihuana als Arzneimittel? | 50 |

Editorial

Zwei Premieren sind für die Nr. 31/95 des VDPP-Rundbriefs zu vermelden: erstens wurden erstmals die 50 Seiten überschritten und zweitens ist der Dokumentationsteil länger als der Anteil an Originalartikeln.

Tatsächlich ist es in diesem Jahr ja nun gelungen, 6 Ausgaben herauszubringen und dazu noch das "Who's who", zu dem wir nun wirklich das allerletzte Mal aufrufen. Jede/r möge doch noch einmal in sich gehen, ob sie/er sich nicht im vielleicht einmaligen Sonderdruck verewigt unter dem Weihnachtsbaum finden möchte. Falls der VDPP doch noch einmal so richtig berühmt wird, wäre es doch gut ...

In diesem Sinne viel Spaß beim Lesen.

Redaktionsschluß für die nächste Ausgabe ist der 31. Oktober 1995

Artikel und Beiträge bitte reichlich an:

Christa Augustin
Alsterdorfer Str. 18
22299 Hamburg
Tel. 040 / 47 65 64 (Fax zeitw.)

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V., Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Tel./Fax: 040/458768, Bankverbindung: Postgiroamt Berlin, BLZ 100 100 10, Kto. 200 47 - 105
Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer
Layout und Satz: Ulf H. Thomas

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Liebe Vereinsmitglieder, liebe LeserInnen,

die dritte Stufe des GSG wirft seine Schatten voraus. Die ersten Hitzewellen des bevorstehenden „heißen Herbstes“ haben in diesem Jahr das Sommerloch im gesundheitspolitischen Bereich völlig verdunsten lassen. Kaum eine Woche verging, die nicht spannende neue Entwicklungen und Ideen gebracht hätte.

Bemerkenswert ist die Berliner Positivliste. Schon heulen sie auf, die Standesfunktionäre: Man wolle die Arzneimitteltherapie auf Dritte-Welt-Niveau reduzieren. Dieser Vorwurf ist absurd. Es mag sein, daß die Berliner Liste mit Mängeln und Fehlern behaftet ist. Dann sollten die ApothekerInnen ihren Sachverstand anbieten, damit die Liste überarbeitet und verbessert wird, statt sie abschaffen zu wollen. Positivlisten dienen nicht nur der Kostenbegrenzung, sondern auch der Qualitätssicherung. Eine Positivliste für den ambulanten Bereich wie die Berliner Liste befreit den Arzneimittelmarkt von der ausufernden Generikaflut sowie von Produkten, die modernen wissenschaftlichen Standards nicht mehr genügen. Deshalb: Schafft zwei, drei, viele Positivlisten!

Das Gutachten des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion empfiehlt die Zulassung von „Apothekensozietäten“. Wenn dies als Aufforderung an den „Markt“ zu verstehen ist, neue Organisationsformen öffentlicher Apotheken hervorzubringen, dann ist der VDPP mit dem Netzwerk Soziale Apotheken auf dem richtigen Weg!

Das Netzwerk selbst macht Fortschritte. Die Selbstverpflichtung ist unter Dach und Fach. Jetzt geht es darum, herauszufinden, welche betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen erforderlich sind, um die Selbstverpflichtung umzusetzen. Die Erhebung dieser Daten entspricht - so möchte ich es nennen - einem Forschungsprojekt. Die Methode der Wahl zu diesem Zweck ist die Erfa-Gruppe unter professioneller Leitung. Hier wurden inzwischen Kontakte geknüpft. Wir appellieren an alle Interessierten, insbesondere ApothekenleiterInnen, sich an den Erfa-Gruppen zu beteiligen. Je mehr Leute mitmachen, desto schneller werden wir die Daten haben, und desto zuverlässiger werden sie sein.

Schließlich möchte ich noch ein Projekt erwähnen, das mir besonders am Herzen liegt: das VDPP-Herbstseminar. Schon jetzt hat Eugen Eschenlohr ganze Arbeit geleistet und ReferentInnen von Rang und Namen zusammengetrommelt. Das Seminar verspricht hochinteressant zu werden, zumal das Thema „Bioethik“ ein faszinierendes Gebiet umschreibt, über das viele von uns noch viel zu wenig wissen. Deshalb merkt Euch den Termin vor und meldet Euch an:

**21. Oktober 1995 in Berlin:
Seminar zum Thema Bioethik!**

Wir vom Vorstand freuen uns darauf, Euch in Berlin wiederzusehen bzw kennenzulernen.

Euer Udo Ament

Katja Lorenz

Ideen in den Fragebogen gepreßt

Überlegungen zur Änderung der Approbationsordnung

Ausgangspunkt war ein Anschreiben (nebst dickem Fragebogen) des Bundesgesundheitsministers an unseren Verein, aber auch an alle anderen Organisationen, die irgendwie, irgendwas mit dieser Approbationsordnung zu tun haben. Ausgangspunkt für dieses Anschreiben wiederum war, daß mit der Verabschiedung der Ordnung 1989 der Bundesgesundheitsminister den Auftrag erhalten hatte, nach fünf Jahren über Erfahrungen bei der Umsetzung zu berichten.

Der Fragebogen wurde vervielfältigt und von denen, die sich noch an ihre Studienzeit erinnern, oder sich von der heftigen LeserInnendiskussion in der PZ angeregt fühlten, beantwortet. Der Umfang von 30 Seiten zeigt schon, daß der Auftraggeber um Genauigkeit bemüht war. Was zunächst als Vorteil erschien, erwies sich jedoch auch als Gefahr, sich Themen aufdrängeln zu lassen und über diese Fülle anderes zu vergessen.

Darum versuchten wir in der Berliner Regionalgruppe, Grundsätzliches zu klären. Dem waren Grenzen gesetzt. Im Anschreiben zum Fragebogen stand fettgedruckt: „Unabdingbare Vorgabe für Vorschläge zur Verbesserung der Apotheker-

ausbildung ist die Einhaltung des bestehenden zeitlichen Rahmens von 8 Semestern an einer Universität mit einem Gesamtumfang von höchstens 3250 Unterrichtsstunden.“

Also: hochfliegende Ideen von Diplomstudiengang oder einer Abtrennung der Approbation vom „normalen“ Studium waren nicht gefragt. Wir nutzten diese Diskussion für uns, um eine gemeinsame Basis zu finden. Wir einigten uns darauf, uns nicht zu eng an den Fragebogen zu halten, Uninteressantes nicht zu beantworten, keine genauen Stundenberechnungen aufzustellen und im Gegenzug lieber Ungefragtes anzusprechen.

(Es hatte auch noch einen anderen, ganz praktischen Effekt: Weil da einige unzufriedene PraktikantInnen zusammensaßen, konnte ich mich endlich aufraffen, der Kammer eine Beschwerde über ihren lausigen Unterricht zu schicken. Inzwischen wurde - natürlich nicht nur, aber vielleicht auch dadurch - bei der Kammer eine Arbeitsgruppe zur Durchführung des Praktischen Jahres gegründet. Ich erwarte keine Wunder, dennoch ist diese Einrichtung bitter nötig. Bisher fehlt jede Kontrolle, werden Vorlesungen bis auf wenige Ausnahmen seit Jahren wortgleich durchgezogen. Manchmal, scheint es, hat nicht mal die Wende stattgefunden!)

Der Vorstand hatte die schwierige Aufgabe, die drei - mitunter sehr verschiedenen - Vorlagen der Regionalgruppen Berlin, Hamburg und Hessen zusammenzufassen. Aus Zeitmangel bei der letzten Vorstandssitzung fiel dieser Job den Hamburgern zu (aus dem einfachen Grund, weil sie eine lange Zugfahrt vor sich hatten). Das war etwas unglücklich für jemanden, der nicht im Stoff steht, sie versuchten, „einfach“ Mehrheitsentscheidungen zu formulieren. Es gab folgenden Konsens (ohne Wertung in der Reihenfolge!):

- Abschaffung der multiple choice-Prüfung im ersten Abschnitt als unwissenschaftlich! Entweder zugunsten einer mündlichen oder einer sinnvollen, modernen schriftlichen Prüfung
- Einführung von Wahlpflichtfächern z.B. in Epidemiologie, Immunologie, Sozialpharmazie

- für die Wichtung der einzelnen Gebiete:
- Forderung nach mehr Seminaren u.a., um die wissenschaftliche Auseinandersetzung und die Gruppenarbeit zu fördern
- Senkung der Praktikumsstunden z.B. in anorganischer Chemie oder, um Dopplungen zu vermeiden (u.a. in Physik und Instrumenteller Analytik)
- Senkung des Chemie-Anteils (besonders: allg. und anorganische, weniger stark: organische Chemie) zugunsten von Pharmakologie, Toxikologie, Medizin
- Einführung einer wissenschaftlichen, schriftlichen Arbeit, um am Studienende wenigstens einmal derartig gearbeitet zu haben (Durchführung als Seminararbeit, eventuell in Gruppe)
- Einführung von Kontrollmechanismen für Famulatur und Praktikum in den Apotheken, um eine Standardisierung der Ausbildung zu erreichen und den Gebrauch bloßer billiger Arbeitskräfte zu verhindern.

Diese Aufzählung ist unvollständig und möglicherweise für Außenstehende zu knapp; Nachfragen werden gern beantwortet. Falls ich aus der Sicht der anderen MitmacherInnen etwas falsch interpretiert habe, liegt das daran, daß mir nur der Berliner Fragebogen und die gemeinsame Zusammenfassung vorliegen.

So, nun darf mensch also gespannt sein, welche Änderungen es geben wird. Meine Hoffnungen sind nicht allzu groß. Auch wenn andere Organisationen (etwa die ÖTV in Person von Ingeborg Simon!) Ähnliches formulierten, erscheint mir die Lobby fürs klassische = unmoderne Pharmaziestudium sehr stark zu sein. Da ist das Interesse an der Sicherung der eigenen Pfründe viel größer als der Wille zu zeitgemäßen Veränderungen. Ablesbar war diese Haltung für mich an bereits erwähnter LeserInnendiskussion, in der von einigen Profs mit einem derart arroganten Standesdünkel alles niedergemacht wurde, was im entferntesten ihr vermeintliches „Lebenswerk“ in Frage stellte.

chtig! + + + wichtig!
Bitte die noch ausstehenden Beiträge für 1995 überweisen
Konto 200 47 - 105, BLZ 100 100 10, Postgiroamt Berlin
 tig! + + + wichtig! + + + wichtig!

Jürgen Große

Berliner Positivliste

- ein Schritt zu einer rationaleren Pharmakotherapie?

Die von einer ganz großen Koalition aus CDU/CSU, SPD und FDP mit dem Gesundheitsstrukturgesetz beschlossene Positivliste verordnungsfähiger Arzneimittel wird es wohl nicht geben. Die Regierungsparteien wollen den Paragraphen streichen, die SPD ist derzeit wohl nicht in der Lage, dem ausreichenden Widerstand entgegenzusetzen. Selbst wenn es die Pharmedia nicht gäbe, hätte wohl keine Partei Lust, sich vor dem nächsten Wahlkampf den Zorn der PatientInnen zuzuziehen, die ihre Rheumasalben, Magnesiumtabletten und Venenpräparate selbst bezahlen müssen. Solange nur ein globaler Budgetzwang besteht, können Krankenkassen, ÄrztInnen und PolitikerInnen sich gegenseitig den Schwarzen Peter zuschieben; nach der Verabschiedung der Positivliste läge er eindeutig bei der Politik.

Wohl zu Recht meinen die GegnerInnen einer Positivliste, die möglichen Kosteneinsparungen seien eher bescheiden. Die BefürworterInnen verweisen daher auch zuerst auf den Gewinn an Therapiequalität, den die Positivliste bringen könnte. Soweit sie aber politische Verantwortung tragen, sich also gelegentlich auch Wahlen stellen müssen, ist mehr als ein allgemeines Bekenntnis

zur Positivliste und zur Qualitätsverbesserung selten zu hören. Schließlich bedeutet die Positivliste ja auch eine hundertprozentige Selbstbeteiligung der Patienten für alles, was nicht in ihr enthalten ist.

Um so mutiger ist die Entscheidung der Berliner Ärztekammer, im Juli dieses Jahres eine eigene Positivliste herauszugeben. Sie hat natürlich keine Gesetzeskraft, ist aber dennoch etwas verbindlicher als von der Intention her vergleichbare Publikationen privater Verlage wie z.B. das Therapiekursbuch. Wer als PatientIn durch die Verordnung unwirksamer oder unwirtschaftlicher Arzneimittel einen gesundheitlichen oder ökonomischen Schaden erleidet, könnte durchaus einmal versuchen, die ÄrztIn zu verklagen, die die von ihrem Berufsverband herausgegebene Liste nicht beachtet hat.

Die Berliner Positivliste ist ein ansprechend gestaltetes, 68 Seiten starkes Heft im DIN-A4-Format. Sie ist für 5,- DM plus 3,- Porto bei der Ärztekammer Berlin, Flottenstraße 28-42, 13407 Berlin zu bestellen. Autoren sind Prof. Dr. med. Heinz Lüllmann (ehemaliger Direktor des Pharmakologischen Instituts der Universität Kiel) und Lothar Flessau (Apotheker bei den Innungskrankenkassen).

Die Liste betrachtet lediglich die klassische Pharmakotherapie, die Herausgeber einer vergleichbaren Liste für naturheilkundliche Arzneimittel wird im Vorwort von Ellis Huber als wünschenswert bezeichnet. Mit dieser m.E. rational nicht zu begründenden Beschränkung, schließlich können auch bei Phytotherapeutika Überlegungen über Nutzen, Risiko und Wirtschaftlichkeit angestellt werden, lassen sich mögliche Konflikte über Sinn und Unsinn der sog. besonderen Therapierichtungen vermeiden. Ich wage die Vermutung, daß die Positivliste, hätten die Autoren auch naturheilkundliche Arzneimittel betrachtet, nicht wesentlich aufgebläht worden wäre.

Als rationaler Extrakt aus allen betrachteten Arzneimitteln bleiben ca. 400 Arzneistoffe übrig. Von diesen wird das Originalpräparat genannt, daneben - soweit existierend - ein Generikum oder anderes Markenpräparat. Nach Angaben der Autoren soll dies das beste bzw. sinnvollste unter den preiswerten Alternativarzneimitteln sein, nach welchen Kriterien es ausgewählt wurde, wird leider

nicht gesagt. Wir kommen so insgesamt auf ca. 600 Fertigarzneimittel.

Wer als sich als ApothekerIn nun darüber freut, das Warenlager kräftig reduzieren zu können, muß dann aber auch lesen, daß die Generika nur beispielhaft genannt sind, wir wohl insgesamt mit verschiedenen Herstellern, Packungsgrößen und Stärken doch wieder auf eine fünfstellige Zahl verschiedener Packungen kommen.

Es wird jeweils die kleinste Packung des Originals und des Generikums aufgeführt, daneben Packungsgröße, Preis und - falls vorhanden - Festbetrag. Bei einigen Arzneistoffen werden verschiedene Stärken und Darreichungsformen aufgeführt, bei anderen nur eine, die Auswahl erscheint mir willkürlich. So finden wir bei Paracetamol-Zäpfchen etwa nur die Stärken 250 und 1000 mg.

Wie ist nun die Auswahl sinnvoller Arzneistoffe zu bewerten? Betrachten wir zunächst einmal, welche derzeit noch oft verordneten Stoffe bzw. Zubereitungen nicht mehr verordnet werden sollen. Dusodril, Trental, Complamin und andere „durchblutungsfördernde Arzneimittel“ fehlen in der Berliner Positivliste m.E. mit Recht. Ebenso externe Antirheumatika, Heparinsalben, Balneotherapeutika, Venenmittel, Antihypotonika und anderer Unfug. Das meiste davon ist wohl recht harmlos, aber einerseits kostet es Geld, andererseits unterbleiben bei Verordnung dieser oft teuren Placebos gelegentlich wirksame nicht-medikamentöse Behandlungen.

Sekretolytika (die Liste enthält Acetylcystein und Ambroxol) scheinen mir auch verzichtbar, die Wirksamkeit wird in der Literatur ja zumindest nicht eindeutig bejaht, und wer will, mag sie sich ja selbst kaufen, bedenklich sind sie allerdings nicht. Ähnliches gilt m.E. für die externe Therapie von Herpes labialis (Aciclovir und Foscarnet sind aufgeführt). Die Aufnahme von Metamizol erscheint mir bedenklicher, es gibt ja Staaten mit durchaus funktionierendem Gesundheitssystem, die schon lange auf Metamizol verzichten können. Desgleichen ist die Aufnahme von Depo-Clinovir zumindest nicht ganz unproblematisch.

Impfstoffe und Arzneimittel für den Zahn- und Mundbereich (dazu zähle ich auch die fehlenden D-Fluoretten, Zymafluor etc.) werden nicht erwähnt, letzteres ist wohl dadurch zu erklären, daß die Liste sich in erster Linie an AllgemeinmedizinerInnen richtet. Den Verzicht auf die Bewertung von Impfstoffen finde ich aber bedauerlich, da doch z.B. die Diskussion von Nutzen und Risiko der FSME-Impfung durchaus spannend ist.

Im Abschnitt über Dermatologie erstaunt das völlige Fehlen von Corticosteroid-Externa. Ein paar Abschnitte vorher findet sich fast eine ganze Seite von Corticoiden zur systemischen Anwendung, Salben etc. suche ich vergebens. Die Erklärung: der Autor dieses Kapitels meint, Exzeme etc. sollten zunächst von DermatologInnen behandelt werden. Wenn wir die ausführlichen Abschnitte über Zytostatika, Hormone u.a. betrachten, die AllgemeinmedizinerInnen teilweise sicher eher einmal überfordern können, dann verwundert diese Beschränkung.

Unter „Terminale Ileitis und Morbus Crohn“ werden von den 5-Aminosalicylsäure-Derivaten Sulfasalazin und Olsalazin genannt, also die Koppelung des eigentlichen Wirkstoffs mit einem Sulfonamid bzw. mit sich selber. Weshalb Mesalazin (also 5-Aminosalicylsäure) fehlt, ist mir unverständlich. Chronologisch betrachtet ist es wohl ein „me-too-Präparat“, von den Nebenwirkungen her sollte es zumindest theoretisch überlegen sein.

Bei den oralen Antidiabetika erschiene mir die Aufnahme von Tolbutamid bedenkenswert, da die Gefahr von Hypoglykämien hier geringer als bei Glibenclamid ist (allerdings auch die Wirksamkeit).

Die Berliner Positivliste soll in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden, möglicherweise findet der eine oder andere Kritikpunkt ja bei den Autoren Gehör. Wünschenswert wäre aus pharmazeutischer Sicht vor allem, wenn die Auswahl der Generika transparenter gemacht würde. Ansonsten halte ich sie im Konzept für gelungen, wenn sie auch ausführlichere Werke wie das Therapiekursbuch oder das Taschenbuch der Arzneibehandlung nicht ersetzen kann (und will).

Eugen Eschenlohr

Erfordert die Etablierung neuer Technologien auch „eine neue Ethik“?

Im Juni dieses Jahres stellte Bundesforschungsminister Rüttgers das Forschungs- und Förderkonzept „Human- und Genomforschung“ seines Ministeriums vor, durch das in den nächsten 8 Jahren eine Anschubfinanzierung von 200 Millionen DM geleistet werden soll. Und zwar zur Erforschung der menschlichen Erbanlagen und zur Umsetzung der Ergebnisse für neue Ansätze zur Diagnose und Therapie von Krankheiten. Hauptintention des Projekts ist das Vorhaben der Politik, Deutschland bis zum Ende des Jahrhunderts zur Nummer eins in der europäischen Biotechnologie zu machen. Mit der Aufklärung des menschlichen Genoms verspricht man sich auch hierzu, den scheinbar verpassten wirtschaftlichen Anschluß im Bereich der Gentechnologie wiederzufinden und am „Riesenmarkt der Zukunft“ wesentlich teilzuhaben.

Parallel zum Wettlauf um die Aufklärung des menschlichen Genoms (z.B. im sog. Human-genomprojekt in den USA) stellt sich auf verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Ebenen die Frage, wie mit dem damit erhaltenen Wissen verantwortlich umgegangen werden kann. Im Be-

reich der europäischen Legislative gab es dazu zum Beispiel im Ausschuß für Recht und Bürgerrechte des Eurparlaments bereits 1989 eine EntschlieÙung zu den ethischen und rechtlichen Problemen der Genmanipulation (Lit. 1). Die darin erhobenen Forderungen wurden jedoch in dem 1994 bekanntgewordenen und sogleich wieder verworfenen Entwurf zur sog. „Bioethik - Konvention“ weitgehend nicht berücksichtigt.

In diesem Sommer nun wurde auch die Weltgemeinschaft der UNO tätig: Die UNESCO bereitet eine weltweite Bioethik - Deklaration vor allem zum Schutz der menschlichen Erbinformation vor.

Der Entwurf, der im August publik wurde (Lit. 2), sieht jedoch zum Leidwesen der kritischen Betrachter kein Verbot der Manipulation menschlicher Geschlechtszellen (Keimbahntherapie) vor. Viele kritische Verbände ächten aber gerade diesen Eingriff in dieses „Intimste“ der menschlichen Schöpfung, so auch der VDPP in seinem Programm (Lit. 3). Weiter wird kritisiert, daß der Entwurf das menschliche Individuum hinter gesellschaftliche Ansprüche zurücksetzt. Gegenüber dem Entwurf des Europarates gibt es zumindest den „Fortschritt“, daß Genversuche mit sog. „incapacitated persons“ nicht mehr legitimiert werden, der Behinderte also nicht mehr zum gentechnologischen Freiwild erklärt wird!

Der Entwurf erklärt das menschliche Genom zum gemeinsamen Erbe der Menschheit. Er geht unter anderem auf die Zielsetzungen der Forschung über das menschliche Genom, die Rechte und Freiheiten des Menschen bei Eingriffen ins menschliche Genom, die Rechte und Pflichten der Forscher etc. ein und fordert die Etablierung eines „Internationalen Bioethik - Komitees der Unesco“ als Kontrollinstanz sowie zur Umsetzung der Bioethik - Erklärung. Ferner umfasst der Entwurf einen Fragenkatalog (s. Anlage) an staatliche Stellen und sonstige gesellschaftliche Institutionen.

Was bei allen bisherigen Entwürfen zu einer politischen Regelung der „Bioethik - Frage“ auffällt, ist die Tatsache, daß lediglich die Anwendung der Gentechnologie im medizinischen Bereich am

Menschen erörtert wird. Konsequenterweise kann dies jedoch nur einer von vielen Schritten, wenn auch aus menschlicher Sicht der wichtigste, sein!! Nachdem der Begriff Ethik sich mit den Normen menschlichen Handelns beschäftigt und diese im Bereich der Gentechnologie möglicherweise - räumlich und zeitlich betrachtet - weitreichende Folgen haben, genügt es meines Erachtens nicht, die Debatte um die Definition zur Bioethik auf den Bereich der Humanmedizin zu beschränken.

Welche Bereiche der gentechnologischen Anwendung ferner auf „ethische Verträglichkeit“ abzu-checken wären, soll nachfolgend dargestellt werden:

I. Haltung und Produktion von (Nutz -) Tieren:

Die Methoden der Gentechnologie ermöglichen einerseits z.B. mittels Gentests die Diagnose von Erbkrankheiten, andererseits verführen sie auch zur Fortführung der Kommerzialisierung der Tierproduktion bis hin ins Unerträgliche. Die Riesensau mit menschlichem Wachstumshormon mußte zur beabsichtigten Sättigung unseres Fleischhungerers wahrscheinlich ähnliche Qualen erleiden wie die Krebsmaus für die Wissenschaft. Inwieweit die Schaffung von Chimären (z.B. einer Mischung aus Schaf und Ziege = Schiege) durch den Menschen als konsequente Fortsetzung züchterischer Leistung betrachtet werden kann, sei dahingestellt. Die Gentechnologie ermöglicht die Überschreitung von natürlich vorgegebenen Artgrenzen. Wo dabei die „ethische Schmerzgrenze“ liegen sollte, muß vor der Realisierung entsprechender Vorhaben öffentlich durch entsprechende Gremien festgelegt werden.

II. Freisetzungsexperimente:

Unser Wissen um ökologische Zusammenhänge ist noch sehr gering. Australien als lange Zeit abgeschlossener Kontinent kann als Modellfall dafür angesehen werden, welche Folgen menschliche Eingriffe in den Naturhaushalt haben können: Eine Handvoll europäischer Kaninchen, vor 40 Jahren importiert, ist heute als Kaninchenplage ein unbeherrschbares Problem, südamerikanische Giftkröten weiten ihren Lebensbereich ständig aus

und der Mist europäischer Rinder kann durch die australische Insektenwelt bisher nicht abgebaut werden und wird so zur Krankheitsquelle. In jedem Falle offenbaren sich fatale Konsequenzen für ein allmählich entstandenes Ökosystem, wenn beispielsweise natürliche Feinde fehlen. Die mit der „Einbürgerung“ natürlich vorkommender Lebewesen in neuartige Lebensräume entstandenen Probleme und ihre Lösung können so schnell zur Generationen - aufgabe werden.

Über die möglichen Effekte gentechnisch veränderter Organismen auf ihre Umwelt wissen wir leider noch weniger. Daher stellt sich die Frage, ob es gegenüber der Ökosphäre und gegenüber den nach - folgenden menschlichen Generationen ethisch vertretbar ist, Freisetzungsversuche zu genehmigen, die wenigen Nutznießern hohe Profite versprechen und vor dem Beweis ihrer Unbedenklichkeit ein räumliches und zeitliches (qualitatives und quantitatives) Risiko für eine weitaus größere Gruppe darstellen.

III. Verlust der natürlichen genetischen Vielfalt / Bewahrung von Genressourcen in Genbanken:

Auf der einen Seite verringert sich durch ökologisch katastrophale Handlungsweisen des Menschen tagtäglich die biologische Artenvielfalt. Daran ändert auch eine in Rio 1992 verabschiedete Schutzkonvention bisher sehr wenig. Parallel dazu vermindert sich auch durch gezielt eingesetzte Markt-Instrumente von Industrie und Handel immer mehr die Zahl derjenigen Pflanzen, die für die menschliche Ernährung eine Rolle spielen. Angepasste, robuste Landrassen mit vermindernten Düngemittel - und Pestizidansprüchen werden zusehend verdrängt und vergessen. Andererseits sind es genau diese vielfältigen genetischen Informationen, die derzeit aus den Ländern ihrer Entstehung (die Mannigfaltigkeits - / Vavilowschen Zentren liegen v.a. in der sog. 3. Welt) abgezogen und in Genbanken des Westens gehortet werden. Dort sollen sie über die Zeit ihres Aussterbens hinaus gerettet werden, um dann im Falle des Falles z.B. zur gentechnischen Saatgutentwicklung zur Verfügung zu stehen. Die Ursprungsländer werden bisher in den wenigsten

Fällen am möglichen Profit beteiligt und spielen auch in der Zukunftsplanung der Gentechnikindustrie keine Rolle.

Ist es ethisch nicht fragwürdig, den Ursprungsländern genetisches Material vorzuenthalten, welches durch Inkultur während einer Vielzahl von Generationen erst in dieser Form entstanden ist? Oder wenn sie beispielsweise für daraus entwickeltes Saatgut sogar noch drastisch zur Kasse gebeten werden? Wäre es nicht höchste Zeit, die Eigentumsfrage im Genbereich „Drittweitgerecht“ neu zu formulieren? Ansonsten nämlich drohen der Genkolonialismus bzw. der Genklau ungehemmt weiterzugehen.

Alternativ dazu wäre es jedoch gegenüber den Entwicklungsländern sowie unseren Nachkommen wesentlich fairer, sich bereits heute verstärkt um die Bewahrung genetischer Ressourcen *in ihrem natürlichen Umfeld* einzusetzen. Die Methoden dafür sind hinlänglich bekannt, aber wenig profitreich.

IV. Patentierung von Lebewesen:

Ohne Patentschutz ist jede geistige Investition für die Wirtschaft uninteressant. Bei Wegfall des Patentschutzes wird sicherlich ein wichtiger Antriebsmotor ausgebremst. Was ethisch jedoch höchst fragwürdig ist, ist die von einzelnen Wissenschaftlern und der Großindustrie angestrebte Patentierbarkeit von (gentechnisch veränderten) Lebewesen bzw. von Teilen Ihrer genetischen Information. Damit erfolgt eine juristische Gleichsetzung von Lebewesen mit technischen Neuerungen wie Solarzellen oder Dieselmotoren, was per se eigentlich die Würde von Lebewesen verletzt.

Zum anderen stellt sich die Frage, ob Leben, welches u.U. über Jahrtausende Evolution entstanden ist, durch den gentechnologischen Eingriff an einem oder mehreren Genen in die (ökonomische und juristische) Verfügungsgewalt eines Konzerns gelangen darf?

Wird denn durch den Austausch einer Nukleotidsequenz in der DNS tatsächlich mehr „Neues“ geschaffen als zuvor schon „Altes“ da war? Und

wie sieht es mit der Bezahlung für die evolutionären Vorleistungen aus? (Mit solchen Mitteln könnten gerade arme Länder in ihren Bemühungen um die Bewahrung der Artenvielfalt unterstützt werden.)

Weitere Bemühungen gehen dahin, sich schon ganze Abschnitte der Erbinformation verschiedener Lebewesen vorab patentrechtlich sichern zu wollen, bevor man überhaupt weiß, was man mit entsprechenden GT - Eingriffen bewirken will. Dies hat zur Folge, daß damit Forschung gerade an diesen Stellen - und evtl. die Diagnose und Therapie von (Erb-) Krankheiten - aufgrund von Einzelinteressen blockiert werden kann.

Bezüglich der Patentierbarkeit von Lebewesen gibt es bereits die legislative Vereinbarung auf Europäer Ebene, wonach Leben nicht patentiert werden kann. Was die Exekutive, das Europäische Patentamt, de facto macht, steht auf einem anderen Blatt und ist durch die Initiativen der Kampagne „Kein Patent auf Leben“, auch den VDPP - Mitgliedern hinlänglich bekannt.

Erbinformationen sollten, ja müssen der Allgemeinheit zur Verfügung stehen und dürfen nicht von einzelnen (Konzernen) verwaltet und vermarktet werden, auch wenn sie mit gentechnologischem Know How bearbeitet wurden. Vorstellbar wäre, daß sie z.B. durch ein für alle Nationen und Menschen gleichermaßen zugängliches Instrumentarium (z.B. als UN - Einrichtung) bearbeitet und genutzt werden können. Beispielhaft sei hier der mexikanische Erfinder eines Malaria - Impfstoffes genannt, der sein Wissen nicht an die Industrie verkaufte, sondern der WHO - auch zur Behandlung armer Menschen in Entwicklungsländern - zur Verfügung stellte. Moderne und ethisch einwandfreie Weltpolitik sollte gewährleisten, daß alle Menschen gleichen Zugang zu den genetischen Ressourcen und z.B. den daraus abgeleiteten Therapiemöglichkeiten in Anspruch nehmen können. Ein Patentschutz im herkömmlichen Sinne steht dem allerdings im Wege.

Abschließend möchte ich allen Dank für das Durchlesen des Artikels aussprechen. Ich glaube, daß wir als kritische PharmazeutInnen auch zu The-

men wie „Patentierung“ gefragt sind, weil bei diesen (ethischen) Fragestellungen u.a. immer wieder die Namen der chemisch - pharmazeutischen Industrie auftauchen. Als Geschäftspartner dieser Wirtschaftsgruppe sollte uns Apotheker/Pharmazeuten bei der Behandlung des Themas Bioethik sehr wohl interessieren, mit welchen Methoden hier Geld verdient wird!

Ausgiebig Raum für Diskussionen und Gedankenanstöße hierzu bietet sich sicher am 21.10.1995 in Berlin

Literaturliste:

Lit. 1: Ethische und rechtliche Probleme der Genmanipulation und die humane künstliche Befruchtung, Ausschuß für Recht und Bürgerrechte im Europaparlament, Amt für amtliche Veröffentlichungen der EG, 1990

Lit. 2: „Chancen für die Reduzierung von Ungleichheiten auf der ganzen Welt“, Dokumentation in der Frankfurter Rundschau vom 14. 8. 1995

Lit. 3: VDPP - Programm in der Fassung vom 20./21. Juni 1992, S. 28, Abschnitt „Gentechnologie“

Anlage zum Artikel „Bioethik“ für VDPP Rundbrief 9/95

Fragebogen zum vorläufigen Entwurf einer Unesco Erklärung zum Schutz des menschlichen Genoms

I. Zielsetzungen der Erklärung zum Schutz des menschlichen Erbguts (Genoms)

1.1 Was sollten Ihrer Meinung nach im internationalen Recht die grundlegenden Zielsetzungen zum Schutz des menschlichen Genoms sein?

1.2 Welche Schlußfolgerungen ziehen Sie aus der Überlegung, daß das menschliche Genom einen Teil des Erbes der Menschheit darstellt; denken Sie, daß diese Überlegung richtig ist?

II. Menschenrechte und menschliches Genom

2.1 Nach Maßgabe der wichtigsten internationalen Abkommen basieren die Menschenrechte auf der Anerkennung der Würde und Freiheit des Menschen. Inwiefern sollten diese Prinzipien auf den Schutz des menschlichen Genoms angewendet werden?

2.2 Welche „eugenischen Praktiken, die der Würde und der Freiheit des Menschen entgegenstehen“, sollten Ihrer Meinung nach durch die Erklärung gächtet werden?

2.3 Welche Grundsätze sollten im Hinblick auf den Schutz und die Sicherung der Menschenrechte im

Falle von Genforschung am Menschen oder im Falle anderer biomedizinischer Manipulationen am Erbgut eines Menschen bekräftigt werden?

III. Status des Forschers

3.1 Haben Forscher im Hinblick auf das menschliche Genom besondere Verpflichtungen? Wenn ja, welche?

3.2 Sollte der Grundsatz der Freiheit der Forschung im Bereich der Gentechnik eingeschränkt werden?

IV. Solidarität und internationale Zusammenarbeit

4.1 Welche praktische Ausgestaltung sollte die durch die Erklärung bekräftigte Solidaritätsverpflichtung im Hinblick auf die Zielsetzung des Schutzes des menschlichen Genoms annehmen?

4.2 Welche Art der internationalen Zusammenarbeit eignet sich Ihrer Meinung nach am besten dazu, das menschliche Genom zu schützen? Welche Rolle sollte diese Zusammenarbeit insbesondere in den Bereichen Information und Erziehung spielen?

V. Sonstige Bemerkungen

VDPP Herbstseminar zum Thema „Bioethik“ am 21.10.1995 in Berlin

Wichtige Vorbemerkung:

Angst, beim Thema „Bioethik“ nicht mitreden zu können, braucht niemand zu haben. Es ist eine Diskussion, die sehr wohl von allen Bevölkerungsgruppen zu führen ist und keinesfalls den Gentechnologen vorbehalten sein darf!

Zur besseren Vorbereitung auf unser Seminar in Berlin wird ab Ende September an alle angemeldeten Seminarteilnehmer eine Infomappe mit Presseartikeln, Kopien und sonstigem Material zum Thema versandt. Um Diskussionen und Arbeitsgruppenarbeit in Berlin zu erleichtern, hat man / frau dann bis zum 21. 10. noch ausreichend Gelegenheit, in diesen Unterlagen „zu schmökern“.

Nähere Informationen zum Ablauf des 21. Oktober:

Tagungsort: Quality Hotel Berlin, Hochstr. 2-3, 13357 Berlin (Wedding)

Programmablauf:

9.30 Begrüßung der Teilnehmer / Eröffnung des Herbstseminars

9.45 - 11.00 Redebeiträge von 2 ReferentInnen (s.u.)

11.00 - 11.15 Kaffeepause

11.15 - 13.15 Redebeiträge von 2 oder 3 ReferentInnen (s.u.)

13.15 - 13.30 Kurze Abschlusßdiskussion als Appetitanregung für das

Mittagessen von 13.30 - 14.30

14.30 - 15.30 Zeit für weitere Diskussion bzw. evtl. 5. Redebeitrag

15.30 - 16.30 Erörterung und Aufarbeitung verschiedener „Brennpunkte“ im Workshopstil/ in Arbeitsgruppen.

16.30 - 16.45 Kaffeepause

16.45 - max. 19.00 Fortführung der Arbeitsgruppen, Darstellung der Arbeitsergebnisse und Abschlusßdiskussion. Evtl. Formulierung eines Positionspapiers!

Näheres zu den eingeladenen ReferentInnen:

- Frau HILTRUD BREYER, Abgeordnete der Grünen im Europaparlament: Sie wird uns den bisherigen Werdegang der **Bioethik - Gesetzgebung** auf Europaebene darstellen und eine kurze politische Vision für die Zukunft geben.

- Frau KARIN RENNENBERG: Als Mitautorin beim GenEthischen Netzwerk/Informationsdienst in Berlin soll sie u.a. die Aufarbeitung und Darstellung des **Themas in den Medien** - als Übermittler für Gesellschaft und Öffentlichkeit - darstellen sowie ethisch relevante Punkte bei nichtmedizinischen Anwendungen der Gentechnologie ansprechen.

- Herr Dr. CHRISTOPH THEN: Der Naturwissenschaftler kann uns von bioethischen Aspekten und Folgen der Anwendung gentechnologischer Methoden in der (Tier-) Heilkunde berichten und als langjähriger und engagierter Initiator der Kampagne „Kein Patent auf Leben“ die ethische Problematik einer **Patentierbarkeit** von Lebewesen umreißen.

- Herr Prof. R. HOHLFELD: Als Wissenschaftssoziologe will er im Seminar theoretische Vorstellungen zum Humangenomprojekt vermitteln und die Anwendungen der Gentechnologie von der Sicht des „Außenstehenden“ Individuums her soziologisch betrachten, ferner die möglichen **sozialen Folgen** der Anwendung gentechnologischer Methoden darstellen.

- Herr Prof. FRÖMMEL: Der Biochemiker von der Charite Berlin beschäftigt sich seit 1988 mit der Frage „Wo stecken die Probleme zwischen der Bevölkerung / Öffentlichkeit einerseits und den Wissenschaftlern andererseits?“. In seinem Redebeitrag berichtet Herr Frömmel von seinen Erfahrungen zur **Werteproblematik** im Bereich der Gentechnik. Er versucht die Frage zu beantworten, ob und wie weit Teile der Wissenschaft durch Arroganz und Ignoranz von bestimmten Ängsten der Gesellschaft bereits abgehoben sind.

Anmeldungen bitte schnellstmöglich an die Fleming - Apotheke in Hamburg richten!!!!

Ute Meyerdirks-Wüthrich

Buchtips

Rosalind Coward: Nur Natur? Die Mythen der Alternativmedizin, Kunstmann Vlg., DM 29,80

Aus der Tatsache, daß der Körper oft von selbst gesundet, sich erneuert und Krankheiten abwehrt, ist eine ganze Reihe von Annahmen über die Natur abgeleitet worden. Wenn der Körper auf diese Weise gesund werden kann, dann ist Erneuerung das Wesen der Natur. Wenn der Körper sich erneuert, müssen



Lebenskräfte in der Natur enthalten sein, essentielle Energien, daß heißt Energien, die durch die Körper von Menschen, Tieren und Pflanzen fließen und zu unserem Wohle wirken. Solange diese Energien im Gleichgewicht bleiben und richtig, das heißt ungehemmt fließen, sind sie Voraussetzung für die natürliche Gesundheit und Vitalität des Menschen. Wenn nun natürliche Gesundheit jedem von uns angeboren ist, also nicht durch die Einnahme von Arzneien von außen erworben werden kann, so folgt logisch daraus, daß der einzelne für seine Gesundheit verantwortlich ist. Die Idee vollkommener Gesundheit signalisiert, wo immer sie auftaucht, ein völlig neues Verständnis von Gesundheit als einem Ziel, das positiv angestrebt werden muß. Und zu diesem neuen Ziel voll-

kommener Gesundheit gehört auch eine Reihe neuer Botschaften an den Einzelnen - nämlich Botschaften über die Notwendigkeit harter Arbeit und persönlicher Transformation.

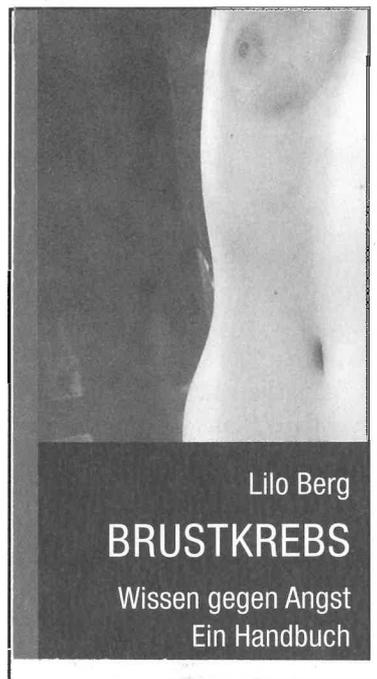
Gesundheit als moralischer Imperativ.

Der Kranke ist zusätzlich zu seiner Erkrankung auch noch selbst schuld daran.

Wir müssen aufhören automatisch zu bewerten: Asthma - in welchem Bereich will ich nehmen, ohne zu geben? Welche Lebensbereiche werte und wehre ich ab? Kann ich etwas von der Angst spüren, die sich hinter meinem Bewertungssystem verschauelt hat? Ohrenkrankheiten - warum bin ich nicht bereit, jemandem mein Ohr zu leihen? Wem oder was will ich nicht gehorchen? Hautkrankheiten - Grenze ich mich zu sehr ab?•

(aus: Dethlefsen / Dahlke: Krankheit als Weg)

Der Einzelne wird für seine Krankheiten zunehmend haftbar gemacht. Das kann nicht der richtige Weg sein.



**Lilo Berg:
Brustkrebs,
Wissen gegen
Angst,
Kunstmann
Verlag, DM 39,80**

42 000 Frauen erkranken allein in Deutschland jährlich an Brustkrebs. Krebs ist heute kein Tabuthema mehr, und die Forschung ist endlich in Bewegung geraten: Das Brustkrebsgen wurde entdeckt, neue Diagnostiktechniken und Behandlungs-

strategien stehen zur Diskussion. Viele Frauen können besprechen, wie sie es sich wünschen. Verunsichert durch die Diagnose, fühlen sie sich zunächst einem undurchschaubaren komplexen

Medizinbetrieb ausgeliefert, alleingelassen zwischen den verschiedenen Spezialisten, die für ihre Erkrankung zuständig sind. Dieses Buch zeigt Wege auf, wie frau den richtigen Arzt/die richtige Ärztin findet und wie frau sich ein Netz von Hilfe knüpfen kann - in der Familie, unter Freunden, durch Selbsthilfegruppen.

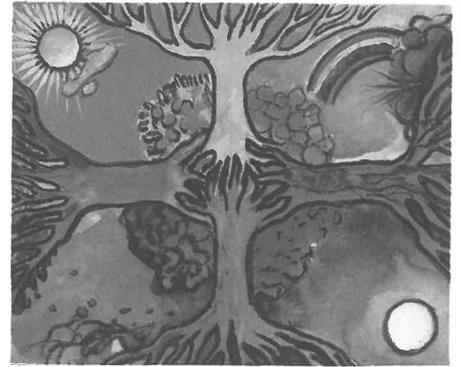
**Erika J. Copich /
Margaret Paul:
Aussöhnung mit dem
inneren Kind, Bauer
Verlag, 39,80**



Die beiden Autorinnen sind als Psychotherapeutinnen in den USA tätig. Eine wichtige Botschaft ihres Buches ist: nur durch die Integration des inneren Kindes können wir als Erwachsene unser volles Potential entfalten. Verletzungen aus unserer Kindheit müssen nicht länger unser Erwachsenen-da-sein vergiften.

Indem wir unseren Eltern vergeben und mit dem wachsenden Bewußt-sein für unser eigenes inneres Kind bessere Eltern werden; wenn wir lernen, unser inneres Kind zu lieben, dann heilen Ängste, der Schmerz und das Alleinsein des verlassenen Kindes nach und nach. Es geht dann darum, von und mit dem inneren Kind zu lernen und Verantwortung für alle Gefühle des inneren Kindes zu übernehmen. Der Schlüssel zu all diesem ist, daß sie lernen, ihr inneres Kind in Liebe anzunehmen. Ein Buch mit vielen anschaulichen Dialogen, daß mensch erst aus der Hand legt, wenn er vor Müdigkeit schießt.

Der Garten als Mikrokosmos



**Biologische Naturgeheimnisse
als Weg zur besseren Ernte**

**Wolf-Dieter Storl: Der Garten als
Mikrokosmos, Bauer Verlag, DM 34,-**

Wolf-Dieter Storl, der mit Mechthild Scheffer ein wunderschönes Buch über Bach-Blüten gemacht hat: Die Seelenpflanzen des Edward Bach, Hugendubel Verlag - hat 1982 ein Buch über biologische Naturgeheimnisse als Weg zur besseren Ernte geschrieben. Storl ist promovierter Kultur-anthropologe und Ethnobotaniker. Sein Buch leistet praktische Hilfestellung bei allen Arbeiten rund um den Garten und vermittelt zahllose Tips, z. B. einen Gartenkalender, Kompost und Jauche, Nährstoffe und Düngersubstanzen, Insekten und andere kleine Biester. Der Autor beweist, daß mensch ohne zweifelhafte Laborsegnungen genetische Züchtungen und Maschinen auskommen kann. Ein einzigartiges Handbuch, das rund ums Gartenjahr reichlich Früchte tragen wird. Das ideale Buch für den Gärtner in uns.

Ingrid Schubert

Analyse des Arzneimittelverbrauchs

Buchbesprechung

Dörte Meyer, Analyse des Arzneimittelverbrauchs in Bremen 1984 und 1988, 406 Seiten Peter Lang. Europäischer Verlag der Wissenschaften. Frankfurt/Main, 1994, broch., DM 98.

Seit knapp 15 Jahren - in der leserfreundlichen Aufbereitung als Arzneiverordnungs-Report seit 10 Jahren - gibt der GKV Arzneimittel-Index Aufschluß über das Verordnungsverhalten der Ärzte und über die Struktur und Entwicklung des GKV-Arzneimittelmarktes. Ein vergleichbares Routineinstrument zur Analyse des Arzneiverbrauchs steht für den Bereich der Selbstmedikation nicht zur Verfügung. Aus der Umsatzstruktur der Apotheken läßt sich nur global die zunehmende Bedeutung der Selbstmedikation ablesen.

Studien zur Ermittlung von Einnahmeprävalenzen wie auch zur Untersuchung von Einflußfaktoren auf den Arzneimittelverbrauch sind in der Bundesrepublik im Vergleich zu einigen anderen europäischen Ländern (wie den Niederlanden oder Skandinavien) rar - was nicht zuletzt an der unzureichenden Datenlage bzw. der Schwierigkeit der Datenerhebung liegt. Auch der GKV-Index erlaubt

durch die Art der Datenerfassung keine Rückschlüsse auf die Zahl der Arzneimittellempfänger; wir erhalten keine Antwort auf die Frage: Wer schluckt eigentlich was, wie lange und warum?

Mit ihrer Arbeit betrat Dörte Meyer ein in der bundesdeutschen Gesundheits- und Arzneimittelforschung noch wenig bearbeitetes (aber weites) Feld: die Arzneimittelepidemiologie. Zur Durchführung ihrer Untersuchung - die Studie wurde als Dissertation am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) erstellt - konnte Dörte Meyer auf die Daten dreier Gesundheits-surveys: die Deutschen Herz-Kreislauf Präventionsstudie (DHP 1984, 1988) und die Monica-Studie (Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Diseases, 1988) zurückgreifen. Ein Vorteil dieser Befragungsdaten besteht in der Berücksichtigung der Selbstmedikation sowie in der Möglichkeit zur Erhebung weiterer Informationen wie zur familiären Situation, zum sozioökonomischen Status, zur beruflichen Belastung und Selbsteinschätzung zur Gesundheit. Der Aufbereitung der Daten und der Frage der Validität der Surveydaten ist je ein eigenes Kapitel (Kap. 2 und 3) gewidmet.

Die Häufigkeit der Einnahme - die Sieben Tages-Prävalenz wird für eine repräsentative Stichprobe der deutschen Wohnbevölkerung von Bremen im Alter von 25-69 Jahre ermittelt - und ihre Veränderung zwischen 1984 und 1988 werden dargestellt für Herzglykoside, Antihypertensiva, Psychopharmaka, Analgetika, frauenspezifische Arzneimittel (Laxantien, Sexualhormone, Schilddrüsenpräparate) und ausgewählte Mittel der Selbstmedikation. Die Selbstmedikationsrate lag 1988, wie erwartet, höher als 1984 - allerdings, wie die Autorin zeigt, wurden die Arzneimittel zusätzlich und nicht anstelle der ärztlich verordneten Medikamente eingenommen (Kapitel 4).

Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Untersuchung der medikamentösen Therapie der Hypertoniker. Hier konnte durch den zeitlichen Vergleich von 1984 zu 1988 der Einfluß und Erfolg der Interventionsprogramme zur Verbesserung der Behandlung der Hypertonie gezeigt werden (Kap. 5).

Von besonderem Interesse - auch gerade für die in der Offizin tätigen ApothekerInnen - sind die Ausführungen zu den Determinanten der Arzneimittelaufnahme auf der Seite der Konsumenten (Kapitel 6). Die Entscheidung zur Selbstmedikation oder auch zur Inanspruchnahme einer ärztlichen Verordnung stellt ein multifaktorielles Geschehen dar. Bisher wurden in Arzneiverbrauchsstudien vor allem Alter, Geschlecht und Erkrankungsart als Determinanten des Verbrauchs untersucht. Dörte Meyer nutzt die in den Surveys vorhandenen probandenbezogenen Angaben für weitergehende Analysen. Besonders sei hier auf die Ausführungen zur beruflichen Belastung und die Einnahme von Psychopharmaka und Analgetika hingewiesen. Verordnungs- und Einnahmeverhalten sind, wie Dörte Meyer nachweist, nicht allein mit medizinischen Variablen zu erklären. Dies steht einen wichtigen Ausgangspunkt für weitere sozialwissenschaftliche und arzneimitttelepidemiologische

Untersuchungen dar. Ansatzpunkte zur Intervention und Prävention zeigen sich in der Darstellung des Verbrauchs problematischer Arzneimittelklassen, in der Identifikation von Bevölkerungsgruppen mit auffälligem Einnahmeverhalten (wobei durch die Wahl der Studienpopulation hier keine Angaben zum Arzneimittelverbrauch und Einnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen wie auch Hochbetagten gemacht werden können) und von Lebensbedingungen, die einen erhöhten Verbrauch von Arzneimitteln zur Folge haben.

Das Buch besticht durch seinen klaren Aufbau und durch seine Datenfülle. Die statistischen Ergebnisse werden nicht nur verständlich erläutert sondern im Tabellenanhang auch umfangreich dokumentiert und erweisen sich für diejenigen, die an Fragen zum Arzneimittelverbrauch und dessen vielfältigen Einflußfaktoren interessiert sind, als eine Fundgrube.

Termine und Veranstaltungen

Treffen der Regionalgruppen

Hamburg: Zeit: 14-tägig, Termine zu erfragen in der Fleming-Apotheke
Ort: bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18

Berlin: Zeit: 18.10./15.11./20.12., jeweils 20 h
Ort: Café Blisse,
Blissestr. 14, Berlin-Wilmerstorf

Hessen: Zeit: 6.11., 20 h
Ort: Gesundheitszentrum Riedstatt, Cafeteria

VDPP-Veranstaltungen

Vorstandstreffen

Zeit: 23.09.95, 10 h
Ort: zu erfragen bei Katja Lorenz

Herbstseminar

Zeit: 21.10.95, 9.30 h
Ort: Quality Hotel, Hochstr. 2-3, 13357 Berlin

Who's who im VDPP

**Letzte
Gelegenheit
vor der
Autobahn:**

**heraustrennen -
hier**

**in Ruhe ausfüllen -
hier**

**falten -
hier**

**und absenden -
oder -faxen.**

An die
Geschäftsstelle des VDPP
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
D-20144 Hamburg
Fax 040 / 45 87 68

Who's who im VDPP - Fragebogen

(Selbstverständlich ist der Umfang der Beantwortung einzelner Fragen in Euer Ermessen gestellt)

Daten nicht im Rundbrief veröffentlichen, nur zum Verbleib in der Geschäftsstelle

Name, Vorname, ggf. Titel



Geburtstag

PLZ, Ort

Straße

Telefon

Fax

Adresse (dienstlich):

Genauere Bez. der Arbeitsstelle



PLZ, Ort

Straße

Telefon

Fax

Status:

Student PJ

AngestellteR in ...

ApothekenbesitzerIn PächterIn

öffentlicher Apotheke

Krankenhausapotheke

PTA-Schule

Wissenschaft u. Verwaltung

..... (sonstiges)

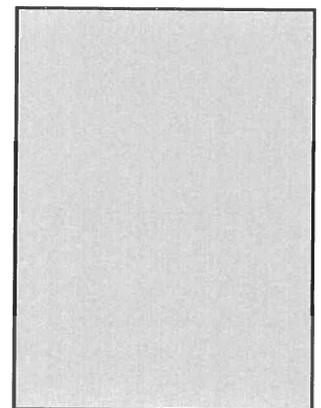
z. Zt. nicht berufstätig

Kontakte zu anderen Initiativen/Organisationen: ...

Interessen: ...

Veröffentlichungen: ...

Weitere Angaben zur Person: ...



Foto

Dokumentation

Das Spätsommerloch wird von uns mit folgenden Beiträgen gefüllt: Zuerst gibt es einen Beitrag zum Thema Bioethik in der Medizin (S.20), der im letzten Mabuse erschienen ist und eine gute Einführung für unser Herbstseminar darstellt, das mittlerweile mit einigen hochqualifizierten Referenten aufwarten kann.

Es folgen dann der die Arzneimittelversorgung betreffende Auszug aus dem Sondergutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (S. 23), die Presseerklärung des VDPP-Vorstands hierzu, die in der DAZ als Leserbrief veröffentlicht wurde (S. 29) sowie die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen zu Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (S. 30).

Zum Schluß folgen noch drei Beiträge zu einem der Highlights dieses Sommers, nämlich zum Thema Haschischabgabe durch Apotheken. Da haben wir zuerst einmal die Stellungnahme zu den Auswirkungen des Haschischgenusses, die das ehem. BGA auf Anforderung des Bundesverfassungsgerichts abgegeben hat (S. 20). Es folgen dann noch die Presseerklärung des VDPP zur „Abgabe von Haschisch in Apotheken“ und eine Stellungnahme der Arzneimittelkommission der ABDA zu diesem Thema, wobei zu bemerken ist, daß die VDPP-Stellungnahme vor der AMK-Stellungnahme veröffentlicht wurde. Ähnlichkeiten werden aber wohl trotzdem zufällig sein.

Die Last der Verantwortung

Ethische Fragestellungen in der Medizin

von Dietmar Mieth

Ärzte und Pflegepersonal sind nicht nur im Zusammenhang mit spektakulären Grenzfällen der Medizin, wie zum Beispiel Organtransplantationen, vor ethische Entscheidungen gestellt. Auch in der alltäglichen Praxis geht es immer wieder darum, welche Vorgehensweise im konkreten Einzelfall ethisch und moralisch korrekt ist. Eine Frage, die sich, wenn überhaupt, oft nur schwer beantworten läßt.

In der Medizin ging es schon immer um einen Handlungsbereich, in dem eine hohe Sensibilität für Verantwortung erforderlich war. Der „Eid des Hippokrates“ hat über Jahrtausende die wichtigsten Merkmale dieser Verantwortung zusammengefaßt: nicht töten, nicht schaden, Einsatz für Gesundheit und Leben. Das 20. Jahrhundert sah unter der Herrschaft des Nationalsozialismus die größte Perversion der Medizin in Forschung und Praxis. Darauf reagierte der Nürnberger Codex (1947), der sich vor allem gegen Menschenversuche richtete. Er fand seine modifizierte Erneuerung in der „Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki“ (Codex von Helsinki), der 1964 angenommen und 1975 in Tokio, 1983 in Venedig und 1989 in Hongkong erweitert wurde.

Die Diskussion ging weiter, oft durch den biomedizinischen Fortschritt neu herausgefordert. Ein Beispiel dafür ist die lang andauernde Diskussion über den Entwurf des Europarates zu einer Konvention für die Bioethik (seit 1994).

Kontinuität, Brüche und Wandlungen sind also zu verzeichnen. Die Bezeichnung „Ethik in der Medizin“ zeigt selbst eine der bedeutendsten Wandlungen auf, deren Elemente eingangs kurz dargestellt seien.

Vom Arztethos zur „Ethik der Medizin“

Ein Ethos bezieht sich mehr auf Haltungen und Einstellungen, eine Ethik mehr auf richtige Urteile und Regeln. Im Arztethos geht es also um Haltungen und Einstellungen des

Arztes: Er soll tun, was dem Leben und der Gesundheit, dem Wohl des Patienten förderlich ist; er soll unterlassen, was diesen Gütern schadet. Dabei wird vorausgesetzt, daß die Güter, um welche es geht, objektiv feststehen, oder aber, daß der Arzt als Subjekt entscheidet, ob uns in welchem Ausmaß diese Güter gegeben sind. Dies ist aber in zweifacher Hinsicht nicht erst heute problematisch geworden.

Erstens steht die Objektivität der Güter und entsprechender Wertordnungen zur Diskussion. Zweitens sind in der Verantwortung für anstehende medizinische Handlungen auch andere beteiligt: die pflegenden Berufe, die Patienten und nicht zuletzt diejenigen, die für institutionelle Rahmenbedingungen und Konditionierungen des Handelns (zum Beispiel Ausbildung, Krankenhäuser, Technik) Verantwortung tragen, ganz allgemein gesprochen: die Gesellschaft.

Ein Arztethos verliert durch diese Umstände keineswegs seine Bedeutung. Es bleibt notwendig, ist aber für eine Ethik in der Medizin nicht ausreichend. Weder für die objektive, noch für die subjektive, noch für die indirekt institutionelle Seite der Verantwortung vermag es allein den Ausschlag zu geben. Die Entscheidung, wieviele Maschinen zur Verfügung gestellt werden, die Einschätzung, welche Art der Betreuung angesichts der psychischen Lage des Patienten erforderlich ist, die Zuständigkeit für Lebensverlängerung oder für Sterbensverkürzung – jeweils handelt es sich um komplexe Probleme und um differenzierte Kompetenzen der Subjekte. Was uns in der komplizierten Zusammenarbeit einer Demokratie

selbstverständlich geworden ist, das Teilen und Zusammenwirken des Expertenwissens, der Entscheidungssouveränität und der Zuständigkeiten, muß uns auch in der Medizin beziehungsweise im Gesundheitswesen selbstverständlich werden. Dies ist aber ein mühseliger Prozeß, der die Entstehung einer „Ethik in der Medizin“ manchmal auch ideologisch belastet.

Auf den ersten Blick schiene es leichter, einem Arztethos ein Patientenethos und ein Pflegeethos an die Seite zu stellen und dann auf die Konvergenz der Pflichten zu hoffen, um damit zum Beispiel die Auseinandersetzung um Rechte zu umgehen. Ein Ethos des Wohlwollens, ein Ethos des Vertrauens und ein Ethos der Fürsorge können sich in familiären Verhältnissen gut ergänzen, aber die Medizin findet nicht (mehr) unter solchen Voraussetzungen statt. Wenn zum Beispiel an einer unheilbar kranken Frau eine lebensverlängernde Maßnahme vorgenommen werden soll, die ihren Sterbeprozess zwar hinauszögert, aber auch in ungeheurer Maße erschwert, kann nicht der Arzt, entlastet durch seine „Option für das Leben“, ohne Information und Selbstentscheid der Patientin, für die lebensverlängernde Maßnahme entscheiden. Auf der rechtlichen Ebene sind wir längst zu der Einsicht gelangt, ohne daß dies faktisch durchschlägt.

„informed consent“

Der Oberbegriff einer „Ethik in der Medizin“ muß der „informed consent“ sein, die informierte Zustimmung der Patienten. Dies kann nicht anders sein, weil die Ethik, ob in

der Medizin oder sonstwo, in ihren Prinzipien dieselbe bleibt. Also gilt als oberstes Prinzip die Autonomie im Sinne der Personenwürde, welche Kant so beschrieben hat: Man solle so handeln, daß die Person niemals nur als Mittel sondern immer auch als Zweck an sich betrachtet werde.

Die erwähnte Patientin darf daher nicht zum Mittel der moralischen Entlastung eines Arztes gemacht werden, der fraglos seiner „Option für das Leben“ folgt, ohne die Güter zu problematisieren, ohne sie abzuwägen und ohne der Autonomie der Patientin Raum zu geben. Seine Einstellung umzusetzen, ist in diesem Falle nicht moralisch, obwohl die Einstellung als sittliche Grundhaltung richtig ist. Eine „Ethik der Medizin“ versucht, die Orientierungen des Ethos mit den Abwägungen moralischer Richtigkeit zu verbinden. Daraus ergeben sich Problembestände, zunächst auf der Ebene der Güter und Werte, dann auf der Ebene der Prinzipien und der handelnden Subjekte, schließlich auf der Ebene der gesellschaftlichen Auswirkungen, Rahmenbedingungen und Außenverantwortung. Denn die Ethik in der Medizin läßt sich nicht mehr als ein Binnenthema behandeln; sie stellt stets auch einen der Schnittpunkte zwischen gesellschaftlicher und bereichsspezifischer Verantwortung dar. Dies gilt um so mehr angesichts der Verschiebungen zentraler Güter und Werte, von denen im folgenden wenigstens Gesundheit und Krankheit eigens thematisiert seien.

Wertverschiebungen

Wenn nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation die Gesundheit als Inbegriff physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens verstanden wird, dann weitet sich der Krankheitsbegriff in dem Sinne aus, daß ein Mangel oder ein Defekt auf einem dieser Gebiete des Wohlbefindens gleichsam als Teil für das Ganze steht. Ein unter Umständen sehr partieller Defekt an einem unter Umständen sehr subjektiv erfaßten Wohlbefinden trägt dann die Last eines Begriffes, dessen Vorstellungsseite auch heute noch auf den ganzen Menschen zielt. Der früher ganzheitliche Begriff „krank“ wird nun zum partiellen Defektbegriff und damit auch zum therapeutischen Reparaturbegriff. Auf der anderen Seite beinhaltet er aber die gleichen personalen Anspruchsrechte und Pflichtenforderungen wie zuvor: Krankheit begründet einen Anspruch zur Hilfe, und dem korrespondiert die Verpflichtung zur Hilfe.

Auf der einen Seite bringt dies im einzelnen gewiß Vorteile für die Betroffenen mit sich; auf der anderen Seite kann angesichts des subjektiven Begriffes „Wohlbefinden“ immer weniger das objektive Gut der Gesundheit beziehungsweise der objektive Schaden der Krankheit ein für alle Mal ausgemacht werden. Auf der objektiven Seite muß man sich daher mit dem Begriff der zulässigen „Indikation“ beschränken. Daraus entstehen dann Konflikte zwischen – im

Sinne der Weltgesundheitsorganisation berechtigten – Interessen und solchen Indikationen.

Die Menschenrechtskommission des Europarates hat die Formel geprägt, daß der Mensch ein Recht darauf habe, nicht „unnötig“ zu leiden („EuR-Resolution on the rights of the sick and dying“, 1976). Aber wer bestimmt hier, was „nötig“ ist?

Durch die technischen Möglichkeiten der Medizin sind die Grenzen zwischen Therapie im Sinne der Behebung oder Besserung von Krankheiten einerseits und Anhebung, Besserung, Stärkung von Merkmalen, die bisher auf einem „gesunden“, normalen, durchschnittlichen Level stehen, fließend geworden. Mit den neuen Methoden der Gentechnik werden sie noch fließender werden. Je subjektiver die Kriterien des Wohlbefindens sind und je mehr diese Subjektivität gesellschaftlich anerkannt wird, um so schwerer wird es, hier Grenzen zu ziehen.

Krankheit und Gesundheit erscheinen somit als flexible Begriffe. Je individueller sie gefaßt werden, um so mehr unterliegen sie dem Druck des sozialen Trends auf das Individuum: Es soll jung, schön und leistungsfähig, also perfekt sein. Die Verdrängung des Leidens und Sterbens aus den Räumen alltäglicher Anschaulichkeit trägt dazu bei.

Daraus entstehen bekannte ethische Konflikte, zum Beispiel: Hat ein Individuum das Recht auf ein eigenes Kind? Ist Unfruchtbarkeit, die ein Jahr dauert, eine Krankheit? Ist Fruchtbarkeit in bestimmten Zeiten eine

Kontaktadressen

Akademie für Ethik in der Medizin

Universität Göttingen
Institut für Geschichte der Medizin
Humboldtallee 36
37073 Göttingen
☎ 0551-399680

Datenbank „Ethmed“

Informations- und Dokumentationsstelle
Ethik in der Medizin (IDEM):
Akademie für Ethik in der Medizin
Universität Göttingen
☎ 0551-393966

Zentrum für Ethik in den Wissenschaften

Prof. Dietmar Mieth
Universität Tübingen
Keplerstraße 17
72074 Tübingen
☎ 07071-295251 oder -297516

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Weißhausstraße 27
50939 Köln
☎ 0221-47241

Gen-ethisches Netzwerk

Schöneweider Straße 3

12055 Berlin
☎ 030-6857073

Studentenverband Ethik in der Medizin

c/o Andreas Frewer
Virchow-Klinikum
Humboldt-Universität Berlin
Abteilung für Innere Medizin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
☎ 030-45053555

Institut für Wissenschaft und Ethik

Prof. Ludger Honnefelder
Niebuhrstraße 51
53113 Bonn
☎ 0228-914330

Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum

Knochenhauerstraße 33
30159 Hannover
☎ 0511-1241496

Zentrum für Ethik in der Medizin

Klinikum der Universität Freiburg
Haus 1a
Elsässer Straße 2

79110 Freiburg
☎ 0761-270726-2, -3

Institut für System- und Technologieanalysen

Wielandstraße 28
4970 Bad Oeynhausen
☎ 05731-7921-54, -61

Zentrum für Medizinische Ethik e.V.

Ruhr-Universität 6A3-53
Institut für Philosophie
Postfach 102148
44721 Bochum
☎ 0234-70027-50, -24

Arbeitsgemeinschaft der Ethik-Kommissionen

Institut für Theorie und Geschichte der Medizin
Universität Münster
Waldeyerstraße 27
48149 Münster
☎ 0251-83-5291

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie

Prof. Franz-Josef Illhardt
Uniklinik Freiburg
Lehenerstraße 88
79106 Freiburg
☎ 0761-2707092

Krankheit, in anderen eine Gesundheit? Welcher Mangel an Körpergröße wird als Krankheit indiziert? Sind eugenische Indikationen zulässig, um Krankheiten und Behinderungen zu „therapieren“? Ist ein Mangel an psychischem, physischem und sozialem „Lebenswert“ ein Rechtfertigungsgrund für Tötung auf Verlangen? Gibt es Grenzen bei Geschlechtsumwandlungen, Schönheitschirurgie etc.? Wie sind Folgebelastungen mit Therapieerfolgen abzuwägen? Auch ohne daß wir in die Bereiche des Fortschrittsschubes durch die Molekularmedizin eintreten, sehen wir uns vor neue Fragen gestellt, die innermedizinisch mit ärztlichen Haltungen und Einstellungen nicht mehr zureichend zu beantworten sind, die, kurz gesagt, die ganze Gesellschaft herausfordern.

An dieser Stelle möchte ich die Verschiebungen im Verständnis von Lebensbeginn und Tod nur erwähnen. Vor allem der Zusammenhang zwischen Menschenwürde, Menschenleben und Lebensende ist noch einmal angesichts der Diskussion um die konkurrierenden Regelungsvorschläge zur Organtransplantation deutlich geworden. Die Frage, um welche Güter es geht, wie sie zu verstehen, zu definieren und miteinander abzuwägen sind, ist zusätzlich und unausweichlich mit der Frage verbunden, wem nach welchen Prinzipien oder grundsätzlichen Handlungskriterien in Konfliktlagen zwischen Gütern zu urteilen und zu entscheiden hat.

Konflikte, Prinzipien und Subjekte der Verantwortung

Als Prinzipien einer „Ethik in der Medizin“ werden als Ertrag einer jahrzehntelangen angelsächsischen Diskussion zwischen Teleologen (ethische Beurteilung nach den Folgen für Wohl oder Wehe der Betroffenen) und Deontologen (ethische Beurteilung nach grundsätzlichen Pflichten und Rechten) vorgeschlagen:

- die Selbstbestimmung (Autonomie der „informed consent“)
- das Wohlwollen („Beneficence“ oder, in Variationen, auch Förderung des Lebens und des Wohlbefindens)
- das Verbot der Schädigung („non-maleficence“ oder auch Tötungs- und Verletzungsverbot)
- das Gebot der Gerechtigkeit (Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln).

Diese anvisierten Prinzipien benennen sowohl Einstellungs- und Haltungsvoraussetzungen bei allen am medizinischen Handeln Beteiligten (Ärzte, Patienten, Pflegenden usw.) als auch Kriterien für abwägende Urteile bei konkurrierenden Gütern. So gilt zum Beispiel in dem eingangs genannten Fall einer Abwägung zwischen Lebensverlängerung und Sterbenserschweren das Kriterium der Autonomie: Die Patientin, nicht

der Arzt, soll und darf diese Abwägung vornehmen und damit darüber entscheiden, ob eine Maßnahme vorgenommen oder unterlassen wird. Gewiß sollte damit keine Einbahnstraße eröffnet werden. Da die Beziehungen der Beteiligten nicht einfach ein Vertrag zur Beförderung des subjektiven Wohlbefindens, sondern auch ein Vertrauensverhältnis darstellt, wird im Idealfall Einvernehmen angestrebt: den „informed consent“ und die Fürsorge suchen, miteinander in Einklang kommen.

Das wird aber nicht immer so einfach sein, wie ein ethisch begründeter Therapieverzicht angesichts der Abwägung zwischen Lebensdauer und Sterbensbelastung, obwohl diese Abwägung subjektiv unterschiedlich ausfallen kann, muß hier doch das Subjekt respektiert werden. Es gibt Fälle, in denen das Gut, das durch einen Therapieverzicht erreicht werden soll, nicht oder nur schwer sichtbar ist und in denen ein Therapieverzicht für den Arzt in extremer Weise gegen das Prinzip des Wohlwollens verstoßen würde. Für diese Fälle bedarf es unter Umständen institutioneller Umwege (wie zum Beispiel für Zeugen Jehovas, die nur die Transfusion ihres eigenen Blutes zulassen und die dafür in speziellen Kliniken Gelegenheit finden). Es bedarf der Verfahrensregelungen, der Beratungsinstitutionen und der rechtlichen Rahmenwerke, über die dann wieder auf der Basis ethischer Beurteilungen entschieden werden muß.

Eine Grenzfallethik ist immer schwierig. Man darf sie daher auch nicht zu einem Fallstrick für allgemeine Faustregeln werden lassen, wie zum Beispiel „in dubio pro vita“, im Zweifelsfalle für das Leben. Möglicherweise kann die Abwägungsregel helfen: soviel „informed consent“ wie möglich, soviel Paternalismus wie nötig, um extreme Selbstschädigungen zu vermeiden.

Die Subjekte der Verantwortung sind dabei im Hinblick auf Interessenträgerschaft und im Hinblick auf ihren Status als Träger menschlicher Würde und damit sittlicher Rechte und Pflichten zu unterscheiden. Das individuelle Interesse muß nicht unbedingt Ausdruck meiner Würde und Autonomie sein, es kann auch gerade meine Heteronomie oder Fremdbestimmtheit durch meine nichtrationalen Wünsche oder durch internalisierte Trends zum Ausdruck bringen. Wir sind nicht immer auf dem Niveau unserer Würde, müssen freilich auf diesem Niveau respektiert werden, damit wir es auch unter Streßbedingungen sein können. Dies gilt nicht nur für den „informed consent“ von Patienten, sondern auch für Ärzte oder Pflegenden, die ihre Verantwortungsträgerschaft daraufhin prüfen müssen, ob sie interessenbestimmt heteronom (zum Beispiel durch systemtreue und unüberprüfte Konventionen) oder ob verantwortungsvoll autonom geltend gemacht wird.

Die Wahrnehmung der Verantwortung für Haltungen, Prinzipien und Umstände

(Konditionierungen des Handelns, institutionelle Rahmenbedingungen) bedarf der Lernprozesse. Diese Lernprozesse orientieren sich zum Teil an der Weitergabe einschlägiger Erfahrungen. Dies ist jedoch, angesichts der Wandlungen in den Gütern, den Rahmenbedingungen und in den neuen technischen Herausforderungen nicht zureichend. Zudem ist nicht nur binnenmedizinisch sondern auch gesellschaftlich die Forderung nach Ethik in Forschung und Lehre, in Ausbildung und Weiterbildung zu stellen. Die berufliche Kompetenz des Arztes verlangt die Regeln der Kunst, die Erfahrung der Praxis und das richtige ethische Urteil.

Institutioneller Rahmen

Die Notwendigkeit einer „Ethik in der Medizin“ auf der Schnittstelle zwischen binnenmedizinischer und allgemein gesellschaftlicher Verantwortung verlangt institutionelle Rahmenbedingungen, welche über die bisherige Praxis der Beratung ethisch exponierte Fallbeispiele entschieden hinaus geht. Medizinische Ethikkommissionen haben eher die Aufgabe einer durch das Recht konditionierten Beratung in Fällen klinischer Versuche am Menschen im Dienst der Forschung bzw. der Erweiterung von Therapiemöglichkeiten.

Für eine „Ethik in der Medizin“ bedarf es jedoch zweier zusätzlicher Institutionen: erstens einer binnenmedizinischen Einheit in Forschung und Lehre, von welcher die ethische Aus- und Weiterbildung sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit und Forschung betreut werden und die klinisch-ethische und forschungsethische Diskurse in Gang setzt; zweitens einer interdisziplinären ethischen Zusammenarbeit, in der aus verschiedenen Fächern moralisch relevantes Wissen und Fragen eingebracht wird und in welche die erste Institution konstitutiv einbezogen ist. Ethik in der Medizin ist mehr als Medizinethik. Als Beispiel sei nur an die Begleitprojekte der einschlägigen Forschungsprojekte der Europäischen Union (zum Beispiel Biomed 2) erinnert. Für die medizinischen, sozialwissenschaftlichen, ökonomischen, rechtlichen, philosophischen und theologischen Aspekte kommen nur interdisziplinäre Träger in Frage.

Der Weg zur Einführung solcher Institutionen ist erfahrungsgemäß, auch unter günstigen Voraussetzungen und unter den besten Absichten aller Beteiligten, nicht leicht. Aber letztlich gibt es dazu keine Alternative.

Dietmar Mieth
theologischer Ethiker, Sprecher des Zentrums
„Ethik in den Wissenschaften“,
Universität Tübingen

**aus: Gutachten des
Sachverständigenrates für die
Konzertierte Aktion im
Gesundheitswesen
„Gesundheitsversorgung und
Krankenversicherung 2000“, Juli
1995, S. 262 - 272**

4.3.3.5. Arzneimittelversorgung

411. Um Optionen für eine Flexibilisierung des Vertragsrechts im Bereich der Arzneimittelversorgung zu ermitteln und ihre theoretischen Vor- und Nachteile sowie ihre Praktikabilität abzuschätzen, erscheint es vorab sinnvoll, das derzeitige System kurz zu skizzieren. An der Arzneimittelversorgung nehmen zum Jahresende 1993 in Deutschland 649 Krankenhausapotheken und 20.648 registrierte öffentliche Apotheken teil, davon 18.193 in den alten Bundesländern. Die Einwohnerzahl je öffentlicher Apotheke betrug im Durchschnitt 3.900 bzw. 3.600 Einwohner in den alten Bundesländern, in denen sie zwischen 1975 und 1985 von 4.580 auf 3.550 Einwohner abnahm.

Der Umsatz der öffentlichen Apotheken belief sich 1993 auf 43,86 Mrd. DM. Dabei sank er in den alten Bundesländern infolge des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 40,60 Mrd. DM im Jahre 1992 um 9,9 % auf 36,57 Mrd. DM. Von diesem Apothekenumsatz entfielen 91,5 % auf apothekenpflichtige Arzneimittel, 1,9 % auf freiverkäufliche Medikamente, 3,5 % auf Krankenpflegeartikel und 3,1 % auf das sogenannte Ergänzungssortiment (z.B. Körperpflegemittel, Kosmetika, Diätika (sic!) und Kindernahrung). Von den gesamten Arzneimitteln nahmen nach dem Umsatz die verschreibungspflichtigen mit 22,20 Mrd. DM einen Anteil von 35 % ein, während sich diese Relation nach Packungszahlen mit 40:60 tendenziell umgekehrt verhielt. Innerhalb der nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel lag die Selbstmedikation mit 6,21 Mrd. DM geringfügig über den ärztlichen Verordnungen mit 5,75 Mrd. DM und erhöhte ihren Anteil am gesamten Arzneimittelumsatz von 16 % im Jahre 1992 auf nun 18,2 %. Da freiverkäufliche Arzneimittel auch außerhalb der

Apotheke in Drogerien und Reformhäusern sowie im Lebensmittelhandel verkauft werden, liegt der Umfang der Selbstmedikation nach Schätzungen insgesamt bei 7,1 bis 7,5 Mrd. DM. Der Anteil der GKV-Ausgaben unter Einschluß der Selbstbeteiligung der Versicherten am Apothekenumsatz verringerte sich vornehmlich bedingt durch die Effekte des GRG von 69,9 % im Jahre 1992 auf 65,2 %. Bezogen auf die apothekenpflichtigen Arzneimittel erreichten die GKV-Ausgaben nach 76,3 % im Jahre 1992 aber immer noch einen Anteil von 71,2 %, was ihre Bedeutung für Volumen und Struktur des inländischen Absatzes an Arzneimitteln unterstreicht (Anhang, Tabelle A 6).

In Deutschland gab es Ende 1993 ca. 1.200 Arzneimittelhersteller mit einer Bandbreite der Unternehmensgröße von Apotheken, die Arzneimittel unter eigenem Namen verkaufen, bis zu etwa drei Dutzend multinationalen Unternehmen, die ihre Produkte weltweit vertreiben. Am öffentlichen Apothekenmarkt vereinen die 5 bzw. 10 führenden rechtlich selbständigen Hersteller einen Umsatzanteil von 14,2 % bzw. 23,6 % auf sich. Unter Berücksichtigung der konzernmäßigen Verflechtung erhöhen sich diese Anteile auf 19,9 % bzw. 32 %. Bei globaler Betrachtung weist der deutsche Arzneimittelmarkt bei den Herstellern auch im Vergleich zu anderen Industriezweigen und ausländischen Pharmamärkten einen relativ niedrigen Konzentrationsgrad auf. Dies gilt jedoch nicht im Hinblick auf einzelne Indikationsgebiete, in denen häufig enge oligopolistische Strukturen vorherrschen. Die Zahl der Fertigarzneimittel ging zwischen 1978 und 1993 von 145.000 auf etwa 50.000 zurück, wobei die 500 bzw. 2.000 umsatzstärksten Produkte allein 59,9 % bzw. 89,6 % des gesamten Apothekenumsatzes ausmachen.

Die Arzneimittelindustrie stellte in Deutschland 1993 zu Fabrikabgabepreisen Medikamente im Wert von 30,9 Mrd. DM her. Davon flossen mit Arzneimitteln in Höhe von 13,86 Mrd. DM 44,8 % in den Export. Bei einem Arzneimittelimport von 7,51 Mrd. DM ergab sich ein (Rekord-)Exportüberschuß von 6,35 Mrd. DM. Allerdings halten von den in Deutschland tätigen Arzneimittelherstellern ausländische Konzerne mit ihren deutschen Tochter- und Vertriebsfirmen 47,5 % des Umsatzes am deut-

schen Apothekenmarkt. Zu Herstellerabgabepreisen umfaßte der deutsche Apothekenmarkt 1993 ein Volumen von 20,9 Mrd. DM mit 17,0 Mrd. DM in den alten und 3,9 Mrd. DM in den neuen Bundesländern. Am GKV-Markt in den alten Bundesländern standen den 21,9 Mrd. DM zu Apothekenabgabepreisen 12,2 Mrd. DM zu Herstellerabgabepreisen gegenüber. Diese Relation deutet bereits an, daß bei einem Arzneimittel mit einem Apothekenabgabepreis von 100 DM nur etwa 55,50 DM an das herstellende Unternehmen fließen. Der Rest entfällt mit 8,90 DM auf den Großhandel, mit 22,60 DM auf die Apotheke und 13,00 DM auf die Mehrwertsteuer. Die Distributionskosten belaufen sich somit auf 31,5 % vom Apothekenabgabepreis. Da im Bereich der Selbstmedikation der Kassenabschlag entfällt, beträgt die Handelsspanne der Apotheken im gesamten Arzneimittelmarkt 28,1 %.

Eine relevante strukturelle Verschiebung am Arzneimittelmarkt fand in den letzten Jahren insofern statt, als der Anteil, der im Marktsegment für wirkstoffgleiche Medikamente auf die Generika-Hersteller entfiel, in den letzten Jahren stark anstieg und im Jahre 1993 gemessen am Umsatz 59,4 % und nach Verordnung gar 67,5 % erreichte. Im Zuge dieser Entwicklung erhöhte sich, wie Tabelle A 7 im Anhang ausweist, auch der Anteil der Zweitanmelderpräparate am GKV-Gesamtmarkt, der noch Anfang der achtziger Jahre nur bei gut 11 % lag, auf 30,8 % nach Umsatz bzw. 38,0 % nach Verordnungen. Die Festbeträge des GRG und vor allem das Arzneimittelbudget des GSG verstärkten offensichtlich diesen Trend, der auch für den mäßigen - in den Jahren 1993 und 1994 sogar negativen - Anstieg des Arzneimittelpreisindex (mit-) verantwortlich zeichnete. Dabei dürften die Festbeträge, die Ende 1995 70 % bis 75 % des GKV-Arzneimittelmarktes abdecken sollen, mit ihren zusätzlichen Auswirkungen bald an Grenzen stoßen. Im Gegensatz zu den Festbeträgen, die nur an der Preiskomponente ansetzen und die Mengenexpansion nicht zu bremsen vermochten, begrenzte das Arzneimittelbudget sowohl die Preis- als auch die Mengenentwicklung. Allerdings führte bei den rezeptfreien Arzneimitteln die Reduktion im GKV-Bereich zu einer signifikanten (Teil-) Substitution

im Bereich der Selbstmedikation. Dies bedeutet, daß die Patienten hier - trendbereinigt zu knapp 20 % - die Mengenrationierung durch das Arzneimittelbudget nicht hinnehmen wollten und in die Selbstmedikation auswichen. Dieser empirische Befund gilt unbeschadet der Einspar- und Rationalisierungseffekte, die das GSG auf dem Arzneimittelmarkt mit sich brachte bzw. auslöste.

412. Vor dem Hintergrund von Optionen einer Flexibilisierung des Vertragsrechtes im Bereich der Arzneimittelversorgung gilt es, neben den erwähnten quantitativen Relationen, noch einige spezifische institutionelle Regelungen zu berücksichtigen. Zunächst gilt bei den öffentlichen Apotheken das Fremd- und Mehrbesitzverbot. Das Fremdbesitzverbot erlaubt nur einem Apotheker das Eigentum an einer Apotheke und nach dem Mehrbesitzverbot darf ein Apotheker nicht mehr als eine Apotheke besitzen. Diese Regelung intendiert im Sinne einer Qualitätssicherung der Arzneimittelversorgung die Präsenz des Eigentümers und persönlich verantwortlichen Apothekers in der Apotheke und untersagt u.a. die Bildung von Kettenapotheken. Hinsichtlich der Vergütung schreibt die Arzneimittelpreisverordnung für den Großhandel prozentuale Höchstzuschläge auf den Herstellerabgabepreis und für die Apotheken prozentuale, nach dem Preis eines Medikamentes degressiv gestaffelte Zuschläge vor. In diesem Kontext räumt der Großhandel, bei dem drei bzw. vier Unternehmen 66 % bzw. 79 % des gesamten Umsatzes auf sich vereinen, den Apotheken einen Teil seiner Marge als Rabatt ein. Beim Apothekenabgabepreis existiert eine feste Preisbindung, die alle apothekenpflichtigen, d.h. auch die nichtverschreibungspflichtigen, Medikamente umfaßt. Schließlich erhalten die GKV-Versicherten die von ihrer Kasse finanzierten Arzneimittel im Zuge des Sachleistungsprinzips und entrichten für diese Medikamente nur eine nach der Packungsgröße gestaffelte Gebühr.

413. Auch unabhängig von einer weitergehenden Flexibilisierung des Vertragsrechtes bieten sich unter Wirtschaftlichkeits-, Qualitäts- und Wettbewerbsaspekten schon auf der Grundlage der derzeitigen Regelungen bzw. nach Vornahme ver-

gleichsweise geringfügiger gesetzlicher Änderungen einige Neuerungen im Arzneimittelbereich an:

- Eine standardisierte Patientenchipkarte (nicht Versichertenkarte) könnte für den Arzt die bisherige Gesamtmedikation eines Patienten transparent machen und auf diese Weise medizinisch bedingte Arzneimittelrisiken vermindern und ökonomisch überflüssigen Verordnungen bzw. unnötigen Ausgaben vorbeugen.
 - Die Kriterien des § 92a Abs. 5 Nr. 1 bis 3 SGB V und hier insbesondere der Nachweis eines „mehr als geringfügigen therapeutischen Effektes“ gelten nicht für die besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie. Für diese Differenzierung gibt es weder eine überzeugende medizinische noch eine ökonomische Rechtfertigung. Diese Privilegierung einer bestimmten Art von Medikamenten eröffnet darüber hinaus die Möglichkeit, nicht oder nicht mehr verordnungsfähige Arzneimittel durch ähnliche Mittel der besonderen Therapierichtungen zu substituieren.
 - Das Arzneimittelbudget sieht u.a. Anpassungen an Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten sowie an bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen vor. Es bietet aber keinerlei Gewähr dafür, daß eine demographische oder eine innovative Ausgabenkomponente auch tatsächlich in die gewünschte Richtung fließt. In dieser Hinsicht besitzen indikations- bzw. stoffgruppenbezogene Richtgrößen eindeutige Vorzüge.
 - Das ökonomisch verständliche Bestreben der Krankenkassen, Originalpräparate nach Ablauf des Patentschutzes durch preiswerte Zweitmelderprodukte zu substituieren, darf nicht zu einer Qualitätsminderung der Arzneimittelversorgung führen. Insofern gilt es hier, im Wege einer sorgfältigen Qualitätssicherung die Wirkungsweise der Zweitmelderpräparate und hier insbesondere ihre Galenik und Bioverfügbarkeit durch pharmakologische Analysen zu überprüfen. Die anfallenden Kosten müßten aus Wettbewerbsgründen die betreffenden Unternehmen tragen.
 - Sofern sich die Einteilung der Arzneimittel in „unverzichtbare“, „unumstrittene“ und „sonstige“ medizinisch fundiert umsetzen läßt, - die zukünftig indikationsbezogen definiert, umgesetzt und im Sinne der Qualitätssicherung weiter untermauert werden müßte - könnte die Vergütung der Apotheken bei den ersten beiden Gruppen nach einem System mit Fixzuschlägen erfolgen. In diesem Fall erscheint es auch erwägenswert, die unverzichtbaren Arzneimittel nicht zu budgetieren. Sollte sich diese Einteilung nicht durchsetzen, könnte sich ein System mit Fixzuschlägen auf die verschreibungspflichtigen Arzneimittel erstrecken.
 - Im Rahmen der Arzneimittelabgabe sollten Ärzte Arzneimittel auseinzeln dürfen und damit wirtschaftlichere Packungsgrößen wählen können.
414. Eine ordnungspolitisch höchst problematische Besonderheit des öffentlichen Apothekenmarktes besteht darin, daß hier mit den einheitlichen Apothekenabgabepreisen eine generelle Preisbindung der zweiten Hand vorliegt, die jeglichen Preiswettbewerb ausschließt. Diese Regelung zielt vornehmlich darauf ab, kranken Menschen Preisvergleiche zu ersparen und in ökonomischer Hinsicht dem Lagerrisiko und der Kapitalbindung einer Apotheke Rechnung zu tragen. Diese Argumente rechtfertigen aber heute keine Preisbindung mehr, die den gesamten Arzneimittelmarkt einschließt. Lagerrisiko und Kapitalbindung sind zu einem überwiegenden Teil auf den Großhandel übergegangen, so daß die Apotheken in dieser Hinsicht zumindest keine Sonderstellung mehr einnehmen. Der Vorbehalt einer Unzumutbarkeit von Preisvergleichen überzeugt allenfalls bei schwerwiegenden Indikationen, nicht aber im Bereich der Selbstmedikation. Hier entscheidet der Patient - wenn auch u.U. nach Beratung durch den Apotheker - ähnlich wie auf anderen Märkten als Konsument ziemlich autonom über seinen Arzneimittelverbrauch. Insofern würde es sich auf der Grundlage der erwähnten Dreiteilung des Arzneimittelspektrums anbieten, die Preisbindung für die Gruppe der sonstigen Arzneimittel aufzuheben. Die Effekte des dadurch ausgelösten Preiswettbewerbs kämen dann den Patienten bzw. Arzneimittelkonsumenten zugute. Auf der Basis der gegebe-

nen Unterscheidungskriterien könnte ein Preiswettbewerb im gesamten Bereich der nichtverschreibungspflichtigen Medikamente stattfinden. Sofern Ärzte diese Arzneimittel weiterhin zu Lasten der GKV verordnen, würde sich der Preiswettbewerb dann in differenzierten Zuzahlungen der Patienten niederschlagen. Insgesamt dürfte dieser Preiswettbewerb, der dann ca. 35 % des Arzneimittelumsatzes am Apothekenmarkt umfassen würde, zugunsten der Verbraucher auch auf die vorgelagerten Handelsstufen zurückwirken.

415. Neben den bereits erwähnten finden sich im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung derzeit vor allem noch folgende Vorschläge im Mittelpunkt kontroverser Diskussionen:

- Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes,
- Zulassung von Versandapotheken,
- Erweiterung des Dispensierrechts der Vertragsärzte sowie
- Staffelung des Kassenrabatts nach Umsatzgrößenklassen.

Der Rat verkennt nicht, daß für jeden dieser Vorschläge teilweise gute Argumente sprechen, sieht aber andererseits auch jeweils nachteilige Effekte und hier insbesondere aus heutiger Sicht schwer abschätzbare Risiken für den Apothekenmarkt. Letztere bestehen freilich kaum in Hinblick auf die Staffelung des Kassenrabatts nach Umsatzgrößenklassen. Dieser Vorschlag intendiert einerseits eine flächendeckende Anbietervielfalt im Apothekensektor zu gewährleisten und andererseits Rationalisierungsgewinne, die durch Größenvorteile entstehen, für die Kassen nutzbar zu machen. Hohe Umsätze bedeuten jedoch nicht zwangsläufig entsprechend hohe Gewinne, denn umsatzstarke Apotheken in begehrter Citylage weisen auch überdurchschnittlich hohe Kosten auf. Zudem begünstigt diese Rabattstaffelung die Erhaltung unrentabler Apotheken und wirkt der Herausbildung betriebswirtschaftlich effizienter Größenordnungen, die auch im Wettbewerb bestehen können, entgegen. Bei der derzeitigen Apothekendichte erscheint eine flächendeckende dezentra-

le Arzneimittelversorgung selbst bei einer Eröffnung des Preiswettbewerbs in einem Marktsegment nicht in Gefahr, so daß umsatzschwache bzw. unrentable Apotheken aus gesamtwirtschaftlichen Gründen keiner Erhaltungssubventionen bedürfen.

416. Die übrigen Vorschläge, d.h. die Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes, die Zulassung von Versandapotheken sowie die Erweiterung des Dispensierrechts der Vertragsärzte, zielen alle auf vielfältigere und leistungsfähigere Angebotsstrukturen im Bereich der Arzneimittel-distribution ab. Für diese Vorschläge spricht, daß die Bildung von Angebotsketten bei Drogerien und im Lebensmittelhandel zu Größenvorteilen und damit einhergehend zu einer erheblichen Intensivierung des Wettbewerbs führte, von dem in Form von Preissenkungen letztlich die Verbraucher profitieren. Im Vergleich zu über 20.000 Abgabestellen existiert im weiten und auch im engen Oligopol in der Regel eine weitaus höhere Wettbewerbsintensität. Andererseits besteht dann auch die Gefahr der Bildung von Kartellen und vertikal verschachtelten Konzernen. So befinden sich in Großbritannien, das wie Irland und Belgien Mehr- und Fremdbesitz von Apotheken gestattet, zahlreiche Apothekenketten im Besitz des Großhandels. Angesichts der starken Konzentration im deutschen Großhandel, der zudem noch über teilweise beachtliche Kapazitäten im Produktionsbereich verfügt, dürfte die Bildung großer vertikal verschachtelter Konzerne bei Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes in kürzester Zeit erfolgen. Dies gilt um so mehr, als schon heute große Herstellerfirmen die Großhandelsfunktion wahrnehmen möchten und versuchen, ihre Produkte über firmeneigene Ketten anzubieten. Diese Entwicklung muß aus theoretischer Sicht dem Patienten bzw. Verbraucher zwar nicht zum Nachteil gereichen, birgt aber vor allem im Hinblick auf Tempo und Intensität Risiken in sich.

417. Mit steigender Wettbewerbsintensität gewinnt die Qualitätssicherung der Arzneimittelversorgung an Bedeutung. Die Tatsache, daß Apotheker die von ihnen abgegebenen Arzneimittel nur noch selten selbst herstellen, ändert prinzipiell nichts an ihrer Verantwortung. Richtigkeit der Dosis nach ärztlicher Verordnung, Verpackungsgröße, Haltbar-

keit und Lagerungsqualität, ggf. Auskünfte zum Arzneimittel auf Fragen des Patienten, Verständigung mit dem verordnenden Arzt bei Präparatewechsel infolge von Defiziten in der Lagerhaltung, Einhaltung der Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes und pharmazeutisches Wissen kennzeichnen die besondere Verantwortung des Apothekers in der Arzneimittelversorgung. Da nicht jeder Apotheker für sich eine Qualitätssicherung der von ihm abgegebenen Arzneimittel organisieren kann, sollte diese Aufgabe die Kammer übernehmen. Weder bei einem Dispensierrecht der Vertragsärzte noch beim Versandhandel läßt sich eine vergleichbare Qualitätssicherung gewährleisten.

418. Aus den genannten Gründen plädiert der Rat hier eher für eine behutsame Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen. Die empfohlene Aufhebung der Preisbindung bei nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln dürfte den Preiswettbewerb bereits spürbar stimulieren und dazu beitragen, überholte bzw. ineffiziente Strukturen abzubauen. Der weiterhin zunehmende Anteil des Selbstmedikationsmarktes weist dem Apotheker künftig eine steigende Verantwortung im Rahmen der Arzneimittelversorgung zu. Um Größenvorteile zu realisieren bzw. abzuschätzen, bieten sich zumindest im Rahmen von Erprobungsregeln Sozietäten einer begrenzten Zahl von Apotheken an, die weiterhin unter der Leitung und im Eigentum eines Apothekers stehen. Darüber hinaus sollten sich Apotheken an der Erprobung neuer integrierter Versorgungsformen beteiligen können.

4.3.3.6. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

419. Das geltende Recht sieht auf Bundesebene die gemeinsame und einheitliche Vereinbarung von Hilfsmittelgruppen, für die Festbeträge festgesetzt werden sowie die gemeinsame Aufstellung eines Hilfsmittelverzeichnisses vor. Auf Landesebene werden gemeinsam einheitliche Festbeträge vereinbart, während getrennte Verträge zur Versorgung mit Hilfsmitteln (höchstens Festbetrag) sowie über Preise und Abrechnung von Heilmitteln geschlossen werden.

420. Die Krankenkassen sollten weiterhin Art und Qualitäten der verschiedenen Hilfsmittel im Rahmen des Hilfsmittelverzeichnisses gemeinsam und einheitlich katalogisieren. Ähnliches ist auch für Heilmittel anzustreben.

Von den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände hinsichtlich der Strukturqualität, z.B. Meisterpräsenz, sollte zumindest in Pilotprojekten von einzelnen Kassen abgewichen werden dürfen. Das Prinzip der generellen Meisterpräsenz, das die ständige Anwesenheit eines Meisters vorsieht, ist in Frage zu stellen. So ist zu klären, ob tatsächlich ständig diese Anwesenheit notwendig ist oder ob sie gegebenenfalls durch eine ergebnisorientierte Qualitätssicherung ersetzt werden kann. Unabhängig davon ist zu prüfen, welche weiteren wettbewerbsbehindernden Vorschriften tatsächlich notwendig sind.

421. Soweit für Hilfsmittel Festbeträge bestehen, sollten diese weiterhin für alle Kassen als Höchstpreise gelten. In Bereichen, in denen keine Festbeträge vereinbart sind, sollte es einzelnen Krankenkassen offenstehen, mit Leistungserbringern kassenspezifische Festbeträge zu vereinbaren. Versicherte, die diese Möglichkeit nicht nutzen, haben die Mehrkosten zu übernehmen.

Es ist ferner zu überlegen, ob bei Hilfsmitteln, bei denen der Verbraucher über relativ große Markttransparenz verfügt (z.B. Sehhilfen), nicht zu einem Zuschußmodell übergegangen werden kann. Es ist zu prüfen, inwieweit diese Regelung auch für Heilmittel anwendbar ist.

422. Im Bereich der Hilfsmittel sollte es den Kassen erlaubt werden, mit Herstellern direkt Preise und Vertriebsformen zu vereinbaren. Möglichkeiten des Direktvertriebs sollten für Hilfsmittel (wie bereits heute bei Hörgeräten) vertraglich vereinbart werden können, soweit dies medizinisch vertretbar ist.

Auch im Bereich der Versorgungsformen, insbesondere bezüglich der Funktion der anordnenden Ärzte und der Funktion der ausführenden Heilberufe bzw. Gesundheitshandwerker ist den Kassen vertraglicher Spielraum einzuräumen. Letzte-

rer wäre mit einer Erweiterung der betrieblichen und rechtlichen Kooperationsformen der betroffenen Heilberufe insgesamt zu verbinden.

423. Zumindest für Teilbereiche der Versorgung sollte es den Kassen erlaubt werden, das Sachleistungsprinzip und die volle Kostenübernahme nur für ausgewählte Vertragspartner anzuwenden. Versicherte, die diese Leistungserbringer wählen, werden versorgt wie bisher; wählen Versicherte Leistungserbringer ohne Sondervertrag mit ihrer Kasse, so kann die Kasse nur Teile der Kosten erstatten. Jede Kasse muß jedoch ihren Versicherten im Rahmen des Sachleistungsprinzips mindestens einen Anbieter in zumutbarer Entfernung zugänglich machen.

424. Im Bereich der Heilmittel stehen die physiotherapeutischen Leistungen quantitativ im Vordergrund. Der Rat hat sich dazu in seinem Jahresgutachten 1988 (Ziffer 451 ff.) ausführlich geäußert. Er hat insbesondere herausgestellt, daß diese Leistungen in hohem Maße disponibel sind.

Das derzeit geübte Verfahren, daß Versicherte Heil- und Hilfsmittel nur nach Verordnung eines Arztes in Anspruch nehmen können - auch wenn der Versicherte die vollen Kosten übernimmt - muß neu überdacht werden. Es ist zu prüfen, ob Heil-

mittel immer dann ohne ärztliche Verordnung abgegeben werden können, wenn dies gesundheitlich und ökonomisch unbedenklich ist. Die medizinische Unbedenklichkeit könnte an der Art der Leistung (medizinischen Indikationsstellung) oder der Häufigkeit der Versorgung (Erst-, Zweitversorgung) festgestellt werden. Es liegt in der Verantwortung der Heilmittelerbringer, den Patienten rechtzeitig gegebenenfalls auf die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung hinzuweisen.

Aus ökonomischer Sicht ist ein unmittelbarer Zugang der Patienten zu den Heilmitteln immer dann unbedenklich, wenn der Patient die Kosten voll trägt. Inwieweit dies auch bei einer abgestuften Kostenbeteiligung der Fall ist, bleibt einer empirischen Überprüfung vorbehalten. Präventive Leistungen der Heilmittelerbringer können unter den oben genannten Gesichtspunkten ohne ärztliche Verordnung erbracht werden.

Der Rat schlägt daher vor, daß in Fällen, in denen Versicherte die Kosten voll übernehmen, der direkte Zugang zu den Leistungen der Heil- und Hilfsmittelerbringer möglich gemacht werden soll. Die betreffenden Berufe sind zusammen mit den entsprechenden Fachärzten aufgerufen, Indikationen zu benennen, bei denen eine gesundheitliche Gefährdung der Patienten zu befürchten ist.

chtig! + + + wichtig! + + + wichtig!

Bitte die noch ausstehenden Beiträge für 1995 überweisen

Konto 200 47 - 105, BLZ 100 100 10, Postgiroamt Berlin

tig! + + + wichtig! + + + wichtig!

400 Seiten gegen die Solidarität

Presseerklärung des Vorstandes des VDPP

Zwar ist das Gutachten des Sachverständigenrates zur Konzertierte Aktion insgesamt über 400 Seiten lang, es läßt sich jedoch auf einen Grundgedanken reduzieren: „Die soziale Komponente des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland soll zugunsten des Marktes weg-rationalisiert werden.“

In vielen einzelnen Schritten geht das System der Solidarität dabei verloren. Mit einer als „äußerst unparteiisch“ gewürdigten Neutralität halten die acht Sachverständigen die Marktwirtschaft hoch, ohne den Zusatz „soziale“ im Blick zu behalten.

Allerdings - wie im „Gelben Dienst“ kommentiert - werden auf der anderen Seite „bei der Prävention die Wirksamkeit und ökonomische Relevanz nicht hinterfragt“. Derart ist das Papier „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000“ nicht nur „kritisch zu betrachten“, wie von allen Seiten zu hören ist, sondern zugleich mit äußerster Vorsicht.

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) hat einige Punkte herausgegriffen:

Der geforderte „effiziente Wettbewerb“ der Krankenkassen wird die PatientInnen in einen Tarifschlingel mit diversen Zu- und Abwahlleistungen führen, die scheinbar die Freiheit der PatientInnen erhöhen. Doch in diesem Dschungel entscheidet letztendlich nicht der beste Weg, sondern die Geldbörse des einzelnen über die Vertragsgestaltung. Somit können die finanziell Gutgestellten sich einen preiswerten Tarif leisten, da sie eventuelle Risiken privat ebensogut absichern können. Die sozial Schwachen dagegen, denen eine hochwertige Rundumversorgung wichtig wäre, können die Zusatztarife nicht mehr bezahlen. Auf diese Art und Weise geht die Basisversorgung der Erkrankten, die mit dem Arztbesuch beginnt und mit der

Therapiebegleitung durch die ApothekerInnen fortgesetzt wird, verloren.

Mit der Freigabe für OTC-Produkte beginnt innerhalb des Apothekenwesens ein Preiskampf. Dieser wird dazu führen, daß Arzneimittel „verramscht“ werden. Die notwendige Zurückhaltung bei der Einnahme von Selbstmedikationsmitteln wird dabei auf der Strecke bleiben. Bleibt dann die Frage, wann diese Arzneimittel in der Tankstelle landen und das Werbeverbot der Apotheken fällt - die Lockerung des Verbotes bei den Ärzten ist schließlich schon angedacht. Diese Amerikanisierung der Verhältnisse ist schon mit Blick auf die Erfahrungen in den USA abzulehnen.

Wenn die Einführung der ApoCard darauf abzielt, die Transparenz für die Ärzte, nur diese werden im Gutachten erwähnt, zu verbessern, ist dieser Vorschlag wiederum ein Angriff auf die Kompetenz und Notwendigkeit des ApothekerInnenberufs. In die gleiche Richtung zielt der Vorschlag, daß die ÄrztInnen Medikamente auseinzeln dürfen. Die Frage ist, wie dies ohne Dispensierrecht möglich sein soll.

Warum soll die ApoCard nicht genutzt werden, um die schon längst überfällige Kooperation zwischen ApothekerInnen und ÄrztInnen aufzubauen?

Sollte sich die Zukunft des Gesundheitswesens tatsächlich in diese Richtung entwickeln, bleibt das Ziel der Gewinnmaximierung auf der Anbieterseite übrig - mit der Tendenz zu Großapotheken. Bei den PatientInnen wird die „Zwei Klassen Medizin“ in immer stärkerem Maße Einzug in den Alltag halten.

Der VDPP fordert daher, das Gutachten des Sachverständigenrates nicht nur mit dem kurz-sichtigen Blick auf Kostenreduzierung zu prüfen, sondern die komplexen Auswirkungen auf das Gesundheitswesen zu bedenken, damit die soziale Absicherung in der Bundesrepublik nicht noch weiter Schaden nimmt.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

Stellungnahme zum Entwurf eines fünften Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer krankenversicherungsrechtlicher Vorschriften, 11. August 1995

Bedeutung für die
Regelungs- und Markttransparenz

Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland ist damals wie heute von einem Überangebot geprägt. Deshalb sah sich der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 veranlaßt, die für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Arzneimittel unter Qualitätsaspekten auf ihre Verordnungsfähigkeit hin zu überprüfen und in einem übersichtlichen Gesamtverzeichnis zusammenzustellen. Die Bewertung der Arzneimittel unter pharmakologischen, medizinisch-therapeutischen, qualitativen und auch wirtschaftlichen Gesichtspunkten wurde bisher von verschiedenen Institutionen wahrgenommen. Die im Zulassungsverfahren, in Therapieempfehlungen, in Transparenz- sowie Preisvergleichslisten, in Rechtsverordnungen zu den von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimitteln und in den Arzneimittel-Richtlinien dokumentierten Erkenntnisse münden in ein kaum überschaubares Angebot an Arzneimittelinformationen. Mit den gesetzlichen Vorgaben zur Erstellung der Vorschlagsliste als Grundlage für die Verordnung nach § 34 a SGB V wurde dem Anliegen nach Transparenz Rechnung getragen. Zusätzlich hatte das Institut die Aufgabe, die vielfältigen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

Die damit einhergehende qualitative Bereinigung des Verordnungsmarktes zugunsten von Arzneimitteln mit nachgewiesenem therapeutischen Nutzen halten die Spitzenverbänden der Krankenkassen nach wie vor für notwendig. Die entsprechende Dringlichkeit stellt sich insbesondere vor dem Hintergrund, daß bis heute etwa 34.000 Arznei-

mittel immer noch nicht auf ihre Wirksamkeit und Unbedenklichkeit geprüft worden sind. Das Arzneimittelgesetz räumt auch nach seiner 5. Novellierung diesen Arzneimitteln, je nach Entscheidung des pharmazeutischen Unternehmers, die Verkehrsfähigkeit bis zum Ende des Jahres 2004 ein. Somit werden wichtige Qualitätsparameter für weitere zehn Indikationsgebiete in ausreichendem Maße zur Verfügung Eine Behinderung insbesondere der Allgemeinärzte und Internisten sowie eine Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient können die Spitzenverbände nicht erkennen.

Soweit es medizinisch und therapeutisch gerechtfertigt ist, kann der verordnende Arzt nach § 92 a Abs. 9 SGB V darüber hinaus Mittel verordnen, die nicht positiv gelistet sind. Die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen ist beauftragt, hierzu praktikable Verfahren zu entwickeln.

Die Besorgnis, daß einzelne Versichertengruppen, wie ältere oder chronisch Kranke, unangemessen belastet wurden, ist völlig unbegründet. Nach Untersuchungen der Spitzenverbände der Krankenkassen würde sich die Liste auf alle Altersgruppen relativ gleichmäßig auswirken.

Es liegt im ausdrücklichen Patienteninteresse, wenn unwirksame Arzneimittel, soweit medizinisch und therapeutisch geboten, durch Arzneimittel mit belegtem therapeutischem Nutzen ersetzt werden. Damit muß nicht zwangsläufig eine Verteuerung der Verordnung einhergehen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen die Liste im Einklang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V, wonach Leistungen der Krankenkassen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und ‘das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Darüber hinaus vermittelt eine verbindliche Liste dem verordnenden Arzt ein hohes Maß an Sicherheit bei seiner therapeutischen Entscheidung.

Systematische Weiterentwicklung der gesundheitspolitischen Vorgaben

Krankenversicherung für einen längeren Zeitraum unterhalb des Anstieges der beitragspflichtigen Einnahmen zu stabilisieren, nur vorübergehend erreicht.

Im Vorfeld des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 wurde schließlich deutlich, daß die Stabilisierung der Preiskomponente nicht ausreicht, um die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Krankenkassen auch auf dem Arzneimittelsektor zu gewährleisten. Als gesetzgeberische Sofortmaßnahmen wurden maßgeblich die Budgetierung der Arzneimittelausgaben, ein befristetes Preis moratorium für den nicht festbetragsgeregelten Markt sowie Modifizierungen der Zuzahlungsregelungen in Kraft gesetzt. Darüber hinaus war der fraktionsübergreifende gesundheitspolitische Konsens von Lahnstein⁴, ein Arzneimittelinstitut zu gründen und eine umfassende Liste der in der GKV verordnungsfähigen Arzneimittel zu erstellen, konsequent und Ausdruck eines allgemeinen Interesses an der Qualität und Transparenz in der Arzneimittelversorgung. Der rechtlichen und administrativen Probleme war man sich dabei voll bewußt. Um eine zügige Umsetzung zu gewährleisten, wurde das *Procedere* inhaltlich, zeitlich und verfahrensmäßig mit konkreten Regelungen in den §§ 34 a und 92 a SGB V vorgegeben.

Mit der vorgesehenen Streichung der entsprechenden Regelungen wurde die als seinerzeit reformbedürftig anerkannte Rechtslage von 1992 wieder hergestellt. Das käme einer Abkehr von dem mit den bisherigen Reformschritten eingeschlagenen Weg gleich. Neben der Preis- und Mengenkomponekte, die über Festbeträge, Budgets und Richtgrößen stabilisiert werden, ist eine qualitative Bewertung des Arzneimittelangebotes in der gesetzlichen Krankenversicherung unerlässlich. Die gegenwärtig für eine systematische Weiterentwicklung der gesundheitspolitischen Vorgaben diskutierten Vorschläge zu Zuzahlungsregelungen, Richtgrößen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen etc. setzen auf der Liste verordnungsfähiger Arzneimittel auf.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen widersprechen der Auffassung, die Erstellung einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel habe sich als

nicht gangbarer Weg erwiesen. Langjährige Erfahrungen anderer EU-Staaten (Belgien, Frankreich, Irland, Niederlande, Großbritannien u. a. m.) mit einer Positivliste als Qualitätsinstrument belegen das Gegenteil.

Wie sich in der aktuellen sozialrechtlichen Beurteilung der Festbetragsregelung andeutet, scheint es problematisch, die notwendige Bewertung des Arzneimittelmarktes in das Entscheidungsermessen der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zu stellen, sondern es bedarf zur Rechtsverbindlichkeit einer klaren gesetzlichen Norm.

Schlußfolgerungen

Der amtlichen Begründung zum Fünften SGB V-Änderungsgesetz mangelt es nach eingehender Analyse an inhaltlicher Überzeugungskraft. Im Ergebnis stellen die Spitzenverbände der Krankenkassen fest, daß das Gesetzesvorhaben einem ordnungspolitischen Rückschritt auf den Regelungsstand von 1992 gleichkäme. Eine pharmakologisch-therapeutische Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt ist offensichtlich nicht mehr erwünscht. Nur so ist es zu verstehen, daß ein für die Qualität unverzichtbares Instrument ersatzlos gestrichen werden soll. Die Gesetzesvorlage findet daher nicht die Zustimmung der Spitzenverbände.

Die Spitzenverbände appellieren an die Bundesregierung, die mit dem Gesundheitsreform-Gesetz 1989 eingeleiteten und mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 fortentwickelten Strukturmaßnahmen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung konsequent weiterzuverfolgen.

Stellungnahme

Auf Anforderung des Bundesverfassungsgerichts wird folgende Stellungnahme zu den Auswirkungen des Haschischgenusses auf die physische und psychische Gesundheit abgegeben. Im Vergleich dazu werden die Auswirkungen des Alkoholgenusses beschrieben. Die Stellungnahme versteht sich nicht als Kommentar zu dem Vorlagenbeschluß des Landgerichts Lübeck, wenngleich sie, wo es erforderlich schien, auf diesen in einzelnen Punkten ergänzend oder kommentierend eingeht.

Vorbemerkung

Die Gefahren eines regelmäßigen Cannabiskonsums werden nach wie vor kontrovers diskutiert. Bis heute wird leidenschaftlich darüber gestritten, inwieweit aus der Fülle der publizierten Befunde über die Droge eindeutig hervorgeht, daß ihr Gebrauch schädliche Auswirkungen für den Menschen hat (Ricklin, 1989; Täschner, 1986) oder im großen und ganzen ohne negative Folgen für ihn ist (Quensel, 1989). Ein wesentlicher Grund für die Schwierigkeiten, in diesen Fragen zu einer abschließenden - Urteilsbildung zu kommen, besteht in den methodischen Problemen, die bei Untersuchungen über die Gefährlichkeit von Cannabisprodukten auftreten (Murray 1986). Sie betreffen in erster Linie:

- die Übertragbarkeit von standardisierten Laborexperimenten auch wenn es sich dabei um Humanexperimente handelte auf den tatsächlich geübten Umgang mit der Droge,
- soweit Untersuchungen an Konsumentengruppen durchgeführt wurden, deren geringe Homogenität, insbesondere hinsichtlich Dosis, Dauer des Konsums, Intensität des Inhalierens etc.,
- die zahlreichen wirkungsmodifizierenden Bedingungen (z.B. die soeben genannten unterschiedlichen Konsummuster, insbesondere aber auch die unterschiedlichen Einflüsse, die sich aus Persönlichkeitsmerkmalen der Konsumenten und aus deren Einbettung in das familiäre und gesellschaftliche Umfeld ergeben).

Nach gegenwärtigem Wissensstand wäre ein experimentelles Studiendesign der optimale Ansatz zur Untersuchung der gesundheitlichen Auswirkungen des Cannabisgebrauchs. Bei diesem Verfahren werden zwei in ihrer Zusammensetzung (z.B. hinsichtlich Alter, Geschlecht Gesundheitszustand soziale Merkmale) nicht wesentlich differierende Gruppen gebildet, deren eine dem zu untersuchenden Wirkstoff ausgesetzt wird, während die andere als nicht oder Placebo behandelte Kontrollgruppe mitgeführt wird. Die beobachteten Unterschiede werden dann auf den Wirkstoff zurückzuführen sein, nachdem mittels geeigneter biometrischer Verfahren ausgeschlossen wurde, daß sie zufälliger Natur sind. Es leuchtet unmittelbar ein, daß sich diese Vorgehensweise bei Cannabis schon aus ethischen Gründen verbietet.

Es muß daher auf epidemiologische Untersuchungsverfahren zurückgegriffen werden. Hier bietet sich im wesentlichen das Verfahren der Kohortenstudie an: An einer Bevölkerungsgruppe oder an einer großen Stichprobe aus der Bevölkerung werden die Entwicklung eines Konsumverhaltens und die sich hieraus ergebenden Folgen über die Zeit untersucht. Solche Untersuchungen sind gut geeignet, die Einflußgrößen (Risikofaktoren) zu bestimmen, die zu bestimmten Verhaltensweisen (z.B. Cannabiskonsum, Alkoholkonsum) führen können und diese vergleichend zu bewerten sowie gesundheitliche Folgen zu gewichten, indem die Inzidenz bestimmter Erkrankungen bei den Konsumenten der bei den Nichtkonsumenten gegenübergestellt wird.

Im Falle von Cannabis - wie übrigens auch von Alkohol - handelt es sich dabei um Untersuchungen, die über viele Jahre hinweg durchgeführt werden müssen, und deren Aussagekraft entscheidend davon abhängt, daß möglichst große Kollektive in die Untersuchung einbezogen werden. Solche Studien beinhalten daher wegen der notwendigen Langzeitverfolgung aller Studienteilnehmer erhebliche logistische Probleme. Sie erfordern einen hohen personellen und finanziellen Aufwand. Ein zusätzliches Problem gerade im Fall der Erfassung illegalen Drogenkonsums ist die Verlässlichkeit der erhobenen Daten. Es ist bekannt, daß selbst im Falle anonymisierter Befragungen ein Teil der Befragten bei für sie peinli-

chen Antworten keine wahrheitsgemäße Auskunft gibt.

Dies sind sicher wesentliche Gründe dafür, daß es nur verhältnismäßig wenige aussagekräftige epidemiologische Studien zu den gesundheitlichen Folgen des Cannabiskonsums gibt. Dieser Mangel sei an dem Ergebnis einer Literaturrecherche illustriert, die in Vorbereitung dieser Stellungnahme u.a. in -zwei großen medizinischen Datenbanken Embase, Medline) durchgeführt wurde: Bei einer Suche nach Publikationen unter Verwendung der Schlagworte „Cannabis“ bzw. „Alkohol“ und „epidemiologische Untersuchungen“ betrug die Gesamtzahl der ausgewiesenen Publikationen zu Cannabis nur ca. 1/10 der Gesamtzahl von Publikationen zu Alkohol.

Insbesondere aus der Bundesrepublik Deutschland ist uns keine aussagekräftige epidemiologische Studie der oben skizzierten Art (Kohortenstudie) bekannt. Es muß daher zu einem großen Teil auf Forschungsergebnisse aus anderen Ländern zurückgegriffen werden. Dabei ist immer zu berücksichtigen, daß diese Erkenntnisse aufgrund unterschiedlicher (z.B. ethnischer, kultureller, legislativer) Gegebenheiten nur bedingt auf hiesige Verhältnisse übertragbar sind.

Allgemein besteht Übereinstimmung darüber, daß drei in gegenseitiger Wechselbeziehung stehende Faktoren den Drogenkonsum beeinflussen:

1. Die Persönlichkeitsstruktur des Konsumenten,

2. die Wirkungen der Droge und

3. das soziale Umfeld

Zusätzliche Rahmenbedingungen setzen im Falle von Cannabis und Alkohol die jeweils unterschiedliche gesellschaftliche Akzeptanz dieser Drogen und die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen

gen einschließlich der Pönalisierung im Falle von Cannabis.

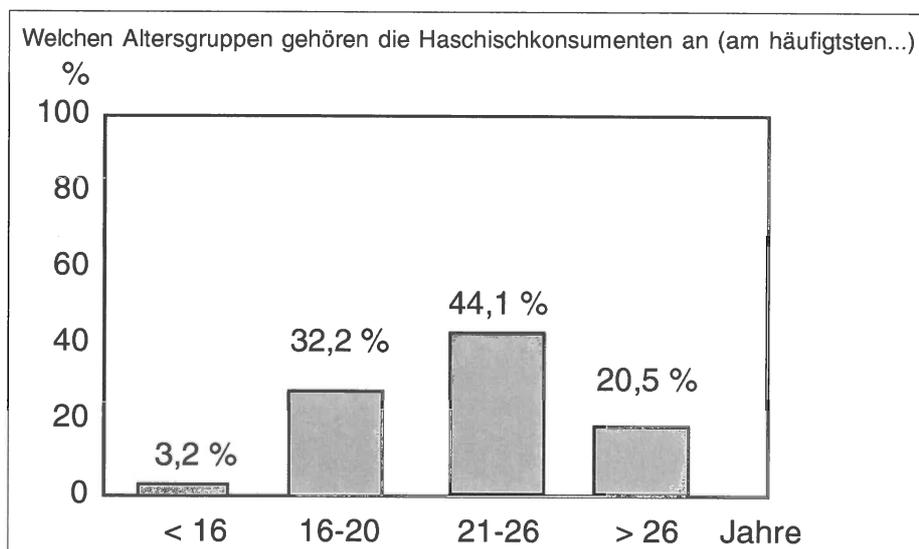
Dies führt dazu, daß Untersuchungen der Folgen des jeweiligen Drogenkonsums an Kollektiven durchgeführt wurden bzw. werden mußten, die in ihrer Struktur weder untereinander noch mit der Gesamtbevölkerung vergleichbar sind. Verallgemeinernde Schlußfolgerungen aus dem Vergleich solcher Untersuchungsergebnisse auf die Gesamtbevölkerung ziehen zu wollen, ist daher höchst problematisch. Dies gilt insbesondere für den Fall, daß sich die genannten Rahmenbedingungen, z.B. durch Entpönalisierung in der Zukunft ändern sollten.

Daher können die in der Vorlage aufgeworfenen Fragen auch nicht allein durch einen relativ abstrakten Vergleich der Auswirkungen des Haschisch- bzw. Alkoholgenußes beantwortet werden.

1. Wer verwendet Cannabis, und wer Alkohol?

Die Abbildung zeigt, welchen Altersgruppen die Haschischkonsumenten angehören (Kleiner et al. 1992), in der Tabelle ist die Intensität des Alkoholgenußes in der Bundesrepublik angegeben (Schmitz-Moormann 1992, S. 9).

Aus diesen Daten ergibt sich, daß von Haschischgebrauch und starkem Alkoholkonsum schwerpunktmäßig verschiedene Altersgruppen betroffen



| Männer und Frauen insgesamt | Alter <19 | Alter 20-29 | Alter 30-39 | Alter 40-49 | Alter 50-59 | Alter 60-69 | Alter 70> |
|--|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| Kein regelmäßiger Alkoholkonsum | 84 | 53 | 62 | 68 | 62 | 65 | 70 |
| Geringer bis durchschnittlicher Alkoholkonsum: < 140 g/hebd. < 280 g/hebd. | 10 | 21 | 16 | 21 | 19 | 17 | 17 |
| | 4 | 10 | 11 | 10 | 9 | 12 | 7 |
| starker Alkoholkonsum | 2 | 6 | 11 | 11 | 9 | 5 | 6 |

Quelle: Effizienzkontrolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1980

sind. Die Haschischkonsumenten sind mit 16-25 Jahren (76,3 %) im Schnitt deutlich jünger als starke Trinker (84% älter als 30 Jahre) unter 16 Jahren nicht verkauft werden.

2. Wie kommt es zum Gebrauch von Haschisch bzw. Alkohol?

a) Haschisch

Den ersten Kontakt mit der Droge erhält ein Jugendlicher in der Regel im Bekanntenkreis. Den meisten Probierern bringt der erste „Joint“ außer Husten, manchmal Übelkeit, nicht viel. Bekommt er in ähnlichen Situationen wieder etwas angeboten und lernt er die „richtige“ Technik des Inhalierens, so erlebt er irgendwann, daß die Droge helfen kann, Unangenehmes eine Zeitlang zu vergessen, z.B. Schwierigkeiten mit den Eltern, Ärger in der Schule, Streit mit dem Freund oder der Freundin. Wer diese Erfahrung macht und sich dabei auch noch wohlfühlt (Gefühl der Entspannung, des Abrückens von den Alltagsproblemen, einer angenehm empfundenen Apathie und milden Euphorie), bekommt Lust, dieses „feeling“ zu wiederholen. Wird der Gebrauch fortgesetzt, gehen im Laufe der Zeit die Einsicht, Bereitschaft und vielleicht auch die Fähigkeit verloren, Probleme oder Mißhelligkeiten auf andere Weise und durch andere Maßnahmen zu beseitigen. Schließlich glaubt ein Teil der Jugendlichen, ohne die anregende oder

beruhigende Wirkung der Droge nicht mehr auskommen zu können. In der Repräsentativbefragung 1990, einer postalischen Befragung von 12-39-jährigen Bundesbürgern in den Alten (N=18845) und Neuen (N=2420) Bundesländern gaben 10,5% der befragten Bürger aus den „Alten Bundesländern an, irgendwann Erfahrungen mit Haschisch gemacht zu haben. Bei über der Hälfte beschränkte sich dies auf 1-5 Gelegenheiten. Immerhin war aber doch ein relativ hoher Anteil derjenigen, die aktuellen Konsum im letzten Jahr angaben, zu den regelmäßigen Haschischkonsumenten zu zählen, wie die Tabelle zeigt:

Gsamthäufigkeit der Einnahmen im letzten Jahr

| | Basis | 1-5x | 6-19x | 20-39x | >=40x |
|-----------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| Haschischkonsum | 8-12 | 56,7% | 18,9% | 6,7% | 17,7% |

Quelle: Simon et al., Repräsentativerhebung 1990

b) Alkohol

Alkoholgenuß gehört nicht nur in Europa zur Lebenswelt nahezu der gesamten Bevölkerung. Von frühester Jugend an erfährt fast jeder Mensch, daß in der Familie, im Freundes und Bekanntenkreis der Eltern regelmäßig oder zu bestimmten Gelegenheiten Bier, Wein oder auch einmal starker konzentrierter Alkohol (Korn, Cognac etc.) getrunken wird. Er wächst sozusagen in den Alkoholkonsum hinein, lernt den Umgang mit der Droge und führt eine jahrhundertealte Tradition als

„kontrollierter Trinker“ eines Genußmittels fort. Eine Reihe von Personen erhöhen den Alkoholkonsum sehr stark und werden früher oder später alkoholkrank. Es ist unstrittig, daß die Auswirkungen für die Krankgewordenen, ihr Umfeld und die Gesellschaft äußerst schwerwiegend sind und zahlenmäßig die aller anderen Drogen gering erscheinen lassen.

In Analogie zu der o. a. Tabelle zur Häufigkeit des Haschischkonsums wird in der folgenden Tabelle die des Alkoholkonsums gezeigt (aus Gründen des besseren Vergleichs ebenfalls für die befragten Bürger aus den Alten Bundesländern).

Gesamthäufigkeit des Konsums im letzten Jahr

| | Basis | 1x/ Monat | mehrm./ Monat | mehrm./ /Woche | tägl. |
|---------------|-------|--------------|------------------|-------------------|-------|
| Alkoholkonsum | 18300 | 28,7% | 37,3% | 25,1% | 8,9% |

Quelle: Simon et al., Repräsentativerhebung 1990

3. Was weiß der Konsument über den Wirkstoffgehalt alkoholischer Getränke bzw. der erworbenen Cannabisprodukte?

Alkoholische Getränke sind jedermann sichtbar, klar deklariert. Unabhängig davon weiß jeder - auch jeder Jugendliche -, daß der Gehalt an Alkohol in Bier und Wein geringer ist als in Schnapsen. Demgegenüber ist die Zusammensetzung käuflich erworbener Cannabisprodukte unter den Bedingungen von illegaler Produktion und Handel naturgemäß nicht standardisiert, sie unterliegt ganz nach Herkunft, Aufarbeitung, Lagerung etc. erheblichen Schwankungen. Auch der Anteil des Wirkstoffes THC kann in den einzelnen Proben sehr unterschiedlich sein. Der geübte Konsument „titriert“ daher den gewünschten Effekt ohne Kenntnis der Menge durch die Intensität des Inhalierens.

4. Gibt es unter den Konsumenten Risikogruppen?

a) Cannabis

Zahlreiche Untersuchungen haben sich mit Risikofaktoren, die eine Drogenkarriere begünstigen, beschäftigt. In einem 12-Jahre-Vergleich (erste

Untersuchung mit 19 Jahren, die zweite mit 31 Jahren) wurden eigene Drogenvorerfahrung, asoziales Verhalten, depressive Stimmungslage und psychosomatische Beschwerden als unspezifische Indikationen für künftigen Drogengebrauch ermittelt. Starker Alkoholkonsum war mit Alkoholproblemen der Eltern sowie mit Selbsteinschätzung als aggressiv und extrovertiert spezifisch assoziiert. Cannabisgebrauch eher mit einer Selbsteinschätzung als schüchtern und reserviert sowie mit geringer ausgeprägter Dominanz und Maskulinität. Mit 31 Jahren tranken 3,5 % der Stichprobe im Mittel 60 g pro Tag Alkohol; 4,4 % verwendeten Cannabis über zehnmal in 12 Monaten (Sieber und Angst 1990). In einer schwedischen Studie waren schlechte soziale Verhältnisse, Schuleschwänzen, Weglaufen von zu Hause mit hohem Cannabisverbrauch assoziiert. In noch viel stärkerem Maße gilt diese Verknüpfung allerdings für Personen, die sich Drogen i.v. injizieren (Stenbacka et al. 1990). Ähnlich ist die Konstellation in Australien.

Auch hier war bei 12-16-jährigen Marihuana-konsumenten das Verhältnis zur Familie deutlich schlechter als bei drogenfreien Schülern. Sie berichteten doppelt so häufig über „broken home“-Situation, sie schwänzten öfter die Schule und hatten geringere Leistungen aufzuweisen. Sie tranken mehr Alkohol und nahmen gelegentlich auch andere Drogen (Rob, Reynolds und Finlayson 1990, dazu auch Levy and Pierce 1990). In einer repräsentativen Stichprobe (n = 1997) norwegischer Jugendlicher (17-20 Jahre) waren Geschlecht und soziale Faktoren (Wohnort, geschiedene Eltern, Erziehungsprobleme etc.) mit ständigem Cannabisgebrauch ebenfalls hoch korreliert. Doch für die Fortsetzung bzw. Beendigung des Konsums sind die Auslösebedingungen offenbar nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Vielmehr endet die Verwendung der Droge in der Regel mit der Übernahme von Erwachsenenfunktionen. Ist den jungen Menschen diese Rolle verwehrt (Arbeitslosigkeit, fehlende feste Partnerschaft etc.), geben sie das Marihuana rauchen deutlich seltener auf. Bemerkenswert bei diesem Kollektiv ist der Befund, daß die Individuen, die Cannabis nicht mehr verwenden, ihren Alkoholkonsum nicht erhöhen (Hammer und Vaglum 1990). Über den Einfluß von Persönlichkeitsstruktur und

deren Stabilität über 3 Jahre auf das Drogeneinnahmeverhalten von 13-, 15- und 18-jährigen haben Bates und Pandina 1991 publiziert. Danach steigt z.B. bei Heranwachsenden mit einem „high risk personality profile“, deren Persönlichkeitsstruktur stabil blieb, der „Marijuana use index“ wesentlich stärker an als bei der Gruppe mit einem „low risk personality profile“. D.h. individuelle Veränderungen haben offenbar ein geringeres Gewicht als die Ausgangssituation. Bei der Entwicklung des „alcohol use index“ ist diese Differenzierung weniger deutlich.

Ein ungünstiger sozialer Hintergrund ist also für Jugendliche ein wichtiger Risikofaktor, längere Zeit Cannabiskonsument zu sein.

Genetische Risikofaktoren sind bisher nicht beschrieben worden.

b) Alkohol

Soweit die vorliegenden Studien einen direkten Vergleich zwischen Personen mit starkem Alkoholkonsum bzw. Cannabisgebrauch ermöglichen, wurden die Risikofaktoren für starken Alkoholkonsum bereits unter a) dargestellt (ungünstiger familiärer Hintergrund, insbesondere starker Alkoholkonsum der Eltern, gesellschaftliche Entfremdung, depressive Stimmungslage).

Bei den direkten Nachkommen von Alkoholkranken ist das Risiko, alkoholkrank zu werden, etwa fünfmal höher als bei Kindern der Normalbevölkerung. Doch ist ungeklärt, ob mehr genetische oder soziale Faktoren zu diesem Risiko beitragen. Untersuchungen an Zwillingen haben einen eher mäßigen genetischen Einfluß („modest influence“) ergeben. Doch gibt es offenbar Untergruppen, die ein deutlich höheres genetisches Risiko haben. Auch Geschlechtsunterschiede werden diskutiert (Pickens et al 1991). Von Goodwin (1981) stammt die Hypothese, Risikopersonen würden gegenüber Alkohol eine „initiale“ Toleranz aufweisen. Sie würden subjektiv und/oder objektiv meßbar weniger stark auf Alkohol reagieren als Nichtgefährdete. Inzwischen hat Schuckit 1986, 1988, 1990 tatsächlich Hinweise für die Richtigkeit dieser Vorstellungen gefunden, z.B. an der Gehunsicherheit nach

einer Testdosis. Außerdem hat er gezeigt, daß nichtkranke Söhne von Alkoholkranken auf Alkohol mit einer geringeren Ausschüttung bestimmter Hormone (ACTH, Cortisol und Prolaktin) reagieren als Kontrollpersonen.

5. Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit

Sollen Risiken eines Gebrauchs von Drogen beurteilt werden, so müssen nicht nur die geschilderten wirkungsmodifizierenden individuellen und soziokulturellen Faktoren berücksichtigt werden, es muß auch getrennt werden nach Reaktionen

- nach einmaligem oder gelegentlichem und
- nach chronischem Gebrauch

Hierbei muß jeweils unterschieden werden zwischen

- physischen und
- psychischen Störungen.

Schließlich ist der aufgenommenen Dosis Rechnung zu tragen.

Zusammenfassende Darstellungen unseres Wissens über Vorkommen, Chemie, Stoffwechsel, Pharmakologie und über Auswirkungen von akutem und chronischem Gebrauch von Cannabisprodukten auf die Gesundheit sind mit etwas unterschiedlicher Gewichtung von Coper 1981, Maykut 1985 und Dewey 1986 publiziert worden. Später durchgeführte Untersuchungen haben zu keinen grundsätzlich neuen Erkenntnissen geführt. Sie sind aber wichtige Ergänzungen, die wesentlich dazu beitragen können, emotionalen Bewertungen durch wissenschaftlich fundierte Ergebnisse zu begegnen.

Die derzeitigen Kenntnisse über Auswirkungen des Alkoholgenusses auf die physische und psychische Gesundheit sind in dem 1991 erschienenen 1.330 Seiten umfassenden Buch „Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction“ (Editor N.S. Miller) zusammengetragen. Es enthält Kapi-

tel über Epidemiologie, Pharmakologie, medizinische Konsequenzen etc. der Alkoholabhängigkeit. Besondere Aspekte (Definition, Diagnose, Krankheitsbegriff, Ablauf bis hin zu Kosten der Behandlung des Alkoholismus) hat Feuerlein 1991 herausgestellt. Die folgenden Ausführungen sind eine Kurzfassung der wichtigsten Fakten. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Grenzziehung zwischen Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit zwar theoretisch eindeutig ist, doch ergeben sich in der Praxis Schwierigkeiten, die einzelnen Auswirkungen der entsprechenden Diagnose zuzuordnen. Darüber hinaus ist umstritten, ob Autofahren oder Bedienen von Maschinen unter Alkoholeinfluß, Alkoholeinfluß während der Schwangerschaft (Alkoholembryopathie), Trinken zur Besserung einer gestörten Befindlichkeit (Einnahme wie ein Medikament) etc. unter Mißbrauch zu subsumieren ist. Bei Vernachlässigung der Folgen dieser Tatbestände und Verzicht auf eine Differenzierung zwischen „Spiegeltrinkern“, Quartalstrinkern etc. lassen sich Gesundheitsschäden nach einmaligem oder gelegentlichem bzw. nach chronischem Gebrauch mit einiger Verbindlichkeit benennen.

5.1 Akute Wirkungen

5.1.1 Akute Wirkungen auf die physische Gesundheit

a) Cannabis

Johnson hat 1990 mehr oder weniger willkürlich <50 µg/kg THC als „low dosage“ und 250 µg/kg als „high dosage“ angegeben. Mit der großen Unsicherheit, ob diese Werte auf den tatsächlichen Konsum eines Haschischrauchers übertragen werden können, lassen sich folgende Aussagen machen:

Geringe Dosen, akut gegeben, führen zu einigen vegetativen Reaktionen, wie Pulsbeschleunigung, Mundtrockenheit, Hungergefühl, bei Drogennaiven anfangs manchmal zu Husten, Schwindel und Übelkeit. Die Fahrtüchtigkeit kann leicht eingeschränkt sein. Die Effekte dauern maximal 2-4 Stunden an und sind voll reversibel.

Hohe Dosen, akut gegeben, lösen zusätzlich Schläfrigkeit, Rötung der Bindehaut, manchmal Blutdruckabfall, kalte Hände und Füße aus. Die Fahrtüchtigkeit ist eingeschränkt. Auch diese Symptome bilden sich nach einigen Stunden folgenlos zurück.

Todesfälle als direkte Folge von Cannabisintoxikationen sind auch nach Verwendung sehr hoher Dosen bisher nicht bekannt geworden.

Eine enge Korrelation zwischen beobachteten Wirkungen und Plasmakonzentrationen des Wirkstoffs Tetrahydrocannabinol besteht aus verschiedenen Gründen nicht.

b) Alkohol

Alkohol bewirkt bei geringer Blutalkoholkonzentration einen leichten Blutdruckanstieg, bei höherer Konzentration kommt es zu Gefäßerweiterung; die Haut ist gerötet, trocken und warm. Die Wärmeabgabe ist erhöht. Dieser Effekt kann bei längerem Aufenthalt in der Kälte und eingeschränktem Bewußtsein zum Erfrierungstod führen. Die Atmung ist ab 1 ‰ gesteigert. Alkohol wirkt in jeder Dosierung diuretisch (harntreibend). Schwindel und Übelkeit werden durch Reizung der Magenschleimhaut, aber auch des Labyrinths im Ohr ausgelöst. Alle Reaktionen klingen ab, sobald die Blutalkoholkonzentration unter 0,3 ‰ absinkt. Nachwirkungen (Kater) können bis zu 24 Stunden vorhanden sein. Die tödliche Grenzkonzentration liegt zwischen 4 ‰ und 5 ‰.

5.1.2 Akute Wirkungen auf die psychische Gesundheit

a) Cannabis

Wirkungen von Cannabis auf die Psyche treten akut ab etwa 0,1 mg/kg (57 mg) THC auf. Sie sind keineswegs uniform, wie auch Binder 1981 (Vorlagenbeschluß S. 30) hervorhebt. Meist kommt es zu einem Gefühl der Entspannung, des Abrückens von den Alltagsproblemen, zu angenehm empfundener Apathie und Euphorie. Manchmal tritt aber auch eine ängstliche Unruhe oder aggressive

Gereiztheit auf. Die Denkabläufe werden als assoziationsreich, phantasievoll und beglückend erlebt. Im Rausch werden akustische und optische Sinneswahrnehmungen intensiver. Das Zeiterleben wird im Sinne einer Verlangsamung der subjektiv registrierten Zeitabläufe verändert. Schon 1968 fanden Weil et al. in einer Doppelblindstudie, daß von 8 unerfahrenen Probanden nur einer die Phänomene des „High“seins angab. Umgekehrt beschrieben 20-30 % der erfahrenen Raucher bei Verwendung einer Probe, die keinen Wirkstoff enthielt, ein typisches „High“sein. Beim Haschisch bzw. Marihuanarauchen spielen also auto-suggestive Einflüsse und Umweltfaktoren eine nicht unerhebliche Rolle. Wickler hat daher 1976 das Marihuanarauchen als „social reinforcement“ bezeichnet. Er versteht darunter ein gelerntes Verhalten, bei dem bestimmte pharmakologische Effekte mit emotionalen Reaktionen verknüpft werden, die sich gegenseitig verstärken.

Unabhängig von der individuellen und situationsbedingten Ausprägung der Wirkung, ist bei kleinen Dosen die sedative Komponente vorherrschend. Nach höherer Dosierung (15 mg und darüber) überwiegen erregende Phänomene, die sich bis zu psychotischen Zuständen steigern können.

Die Fahrtüchtigkeit ist nach Cannabiskonsum eingeschränkt.

b) Alkohol

Alkohol besitzt wie alle Rauschmittel akut sowohl dämpfende als auch erregende Wirkungen. Bei einer Blutkonzentration

- zwischen 0,3 ‰ - 0,5 ‰ treten leichte Gangstörungen auf. Das Gesichtsfeld ist gering eingeschränkt,
- zwischen 0,6 ‰ - 1,0 ‰ ist die Reaktionszeit verlängert. Es kommt zu leichten Sprachstörungen, die Fahr- und Verkehrstüchtigkeit ist vermindert. Es besteht ein mäßiger Rauschzustand.
- zwischen 1,1 ‰ - 1,5 ‰ tritt ein kräftiger Rausch auf, koordinierte Reaktionen sind kaum mehr möglich

- bei 2,9 ‰ ist das Bewußtsein eingeschränkt, das Erinnerungsvermögen aufgehoben,
- zwischen 4,9 ‰ - 5 ‰ liegt die tödliche Grenzkonzentration.

5.1.3 Vergleich der akuten Wirkungen von Cannabis und Alkohol

Direkte Vergleichsuntersuchungen von THC und Alkohol, die auch die Dosis berücksichtigt haben, gibt es kaum. Heishman et al. (1989a) haben mit einer größeren Testbatterie sowohl physische als auch psychische Effekte gemessen. Nur im Dosisbereich von 0,6 g/kg Alkohol waren einige subjektive Empfindungen und Leistungseinbußen speziell im digit symbol substitution test (DSST) ähnlich wie nach THC.

5.2 Wirkungen bei chronischem Gebrauch

5.2.1 Abhängigkeit

Abhängigkeit kennzeichnet einen psychischen, gegebenenfalls auch physischen Zustand, der sich aus der Wechselwirkung zwischen einem Individuum und einer Droge ergibt und mit drei Phänomenen verknüpft sein kann:

1. Entwicklung einer Toleranz -
2. Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit und
3. Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit

Toleranz ist eine regulatorische Leistung, die den Organismus befähigt, gegen die Wirkung eines Pharmakons kompensatorisch zu reagieren, so daß nach wiederholter Gabe seine Effekte nachlassen bzw. nur aufrechterhalten werden können, wenn die Dosis erhöht wird.

Körperliche Abhängigkeit ist dadurch gekennzeichnet, daß nach abruptem Absetzen eines chronisch verwendeten Pharmakons Entzugserscheinungen

auftreten. Sie äußern sich vorwiegend in vegetativen, d. h. dem Einfluß des Willens nicht untergeordneten Reaktionen, die meist den initialen Wirkungen entgegengesetzt sind.

Körperliche Abhängigkeit ist eng mit der Toleranz verknüpft, die Abstinenzerscheinungen sind Ausdruck eines gegenregulatorischen Anpassungsprozesses an das Fehlen der Wirkung des Pharmakons.

Als psychische Abhängigkeit wird ein unwiderstehliches Verlangen bezeichnet, ein Pharmakon zu verwenden und seinen Gebrauch fortzusetzen, um sich positive Empfindungen zu verschaffen oder unangenehme zu vermeiden. Sie entwickelt sich in einem mehrstufigen Prozeß, bei dem mindestens drei Phasen durchlaufen werden. Nach einem Erstkontakt und Sammeln von Erfahrungen mit der Droge kann der Konsument sie ganz nach Situation und Befindlichkeit zu geeigneter Zeit und in geeigneter Menge einsetzen. Er kann den Gebrauch beliebig unterbrechen oder meiden. Das Konsumverhalten kann durch Außeneinflüsse gefördert oder verhindert werden. Diese „kontrollierte“ Einnahme der Substanz kann früher oder später in einen Zustand übergehen, bei dem der Konsument glaubt, auf die Zufuhr der Droge angewiesen zu sein. Sofern sie nicht erfolgt, hat er ein starkes Bedürfnis nach der Wirkung der Droge (craving), das von ihm nicht mehr durch andere Erfordernisse oder Außeneinflüsse kompensiert und veränderbar ist. Diese Verselbständigung des Verlangens nach der Droge wird als „Kontrollverlust“ bezeichnet. Er ist das bestimmende Charakteristikum der psychischen Abhängigkeit.

Psychische Abhängigkeit kann sich bei wiederholter Einnahme von Pharmaka entwickeln, bei denen weder Toleranz noch körperliche Abhängigkeit beobachtet wird. Wahrscheinlich sind die Auslösung der psychischen Abhängigkeit und ihre Merkmale, wie unstillbares Verlangen („craving“) und Kontrollverlust, nicht mit den beiden anderen Charakteristika der Abhängigkeit verknüpft.

a) Abhängigkeit von Cannabis

In Abhängigkeit von Häufigkeit des Gebrauchs und der Dosierung kann sich gegen THC eine Toleranz entwickeln. In der Regel ist die verwendete

Menge und die Aufnahmefrequenz aber zu gering, um eine Toleranz auszulösen. Daher müssen chronische Haschischraucher nur ganz selten die Dosis erhöhen, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Auch das Wirkungsspektrum ändert sich kaum. Beim Absetzen der Droge treten wegen der fehlenden Toleranz nur selten geringe Abstinenzerscheinungen auf.

Cannabis besitzt zweifelsfrei ein psychisches Abhängigkeitspotential. Es enthält damit Elemente des Zwanghaften, ein Bedürfnis zu befriedigen. Außerdem gehen Einsicht, Bereitschaft und Fähigkeit verloren, erstrebte Gefühlserlebnisse auf anderem Wege als durch die Droge zu erreichen. Der Abhängigkeit von Cannabis fehlt aber im Vergleich z.B. zur Abhängigkeit von Alkohol der Charakter des Absoluten, Starren, nicht oder nur schwer Korrigierbaren.

b) Abhängigkeit von Alkohol

In Abhängigkeit von der Häufigkeit des Gebrauch und konsumierten Mengen kann sich gegen Alkohol eine Toleranz entwickeln, die dann zur Dosissteigerung führen kann. Im Gegensatz zu Cannabis besitzt Alkohol bei Alkoholkranken ein sehr starkes körperliches Abhängigkeitspotential, das dem der Opiate vergleichbar ist. Das psychische Abhängigkeitspotential ist stärker als das von Cannabis, jedoch schwächer als das von Opiaten oder Cocain (Forth et al. 1992, S. 301). Diese Eigenschaften können zur Alkoholkrankheit führen

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist die Alkoholkrankheit dadurch charakterisiert, daß die Betroffenen

1. große Mengen Alkohol länger als ein Jahr zu sich nehmen,
2. die Kontrolle über das Trinken verloren haben und
3. körperlich, psychisch und in ihrer sozialen Stellung geschädigt sind.

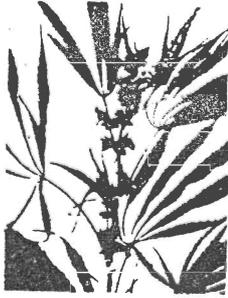
(Sample--Warning card to be placed in R. R. Trains, Buses, Street Cars, etc.)

Beware! Young and Old—People in
All Walks of Life!

This  may be handed you



by the friendly stranger. It contains the Killer Drug
"Marihuana"-- a powerful narcotic in which lurks
Murder! Insanity! Death!



WARNING!

Dope peddlers are shrewd! They may
put some of this drug in the  or
in the  or in the tobacco cigarette.

WRITE FOR DETAILED INFORMATION, ENCLOSING 12 CENTS IN POSTAGE — MAILING COST

Address: **THE INTER-STATE NARCOTIC ASSOCIATION**

(Incorporated not for profit)

53 W Jackson Blvd.

Chicago, Illinois, U. S. A.

5.2.2 Wirkungen bei chronischem Gebrauch auf die physische Gesundheit

a) Cannabis

Geringe wie hohe Dosen über längere Zeit genommen, äußern sich am Atemwegssystem (chronische Bronchitis). Funktionseinbußen die bei Marihuanarauchern, nicht aber bei nur Tabakrauchern auftreten, betreffen hauptsächlich die oberen Luftwege (Tashkin et al. 1987). Änderungen des Hormonhaushaltes sind immer wieder vermutet worden, aber nicht gesichert. Alle kritischen Nachprüfungen haben auch keine relevanten Folgen auf das Immunsystem festgestellt (Hollister, 1992). Experimentelle Arbeiten zur Cytogenetik haben gezeigt, daß es nach Einwirkung von Cannabisprodukten zu Chromosomenaberrationen kommt. Untersuchungen zur Mutagenität von Cannabinoiden sind nach wie vor widersprüchlich (Zimmermann und Zimmermann 1990). Für den Menschen haben die Effekte keine bisher erkennbaren negativen Auswirkungen. Nicht auszu-

schließen ist jedoch, daß wie die Autoren zusammenfassend sagen, „cannabinoids are detrimental to the health of an individual“.

Nach einer 15jährigen Nachbeobachtung schwedischer Rekruten des Jahrgangs 1969/70 war die Sterblichkeit (meist gewaltsamer Tod) starker Cannabisraucher 2,8fach höher als die Cannabisnaiver. Doch bei Berücksichtigung individueller und sozialer Faktoren ist dieser Befund erheblich zu relativieren. Ein erhöhtes Risiko durch Cannabiskonsum vorzeitig zu sterben, besteht offenbar nicht (Andréasson und Allebeck 1990).

Insgesamt ist das Risiko, schwerwiegende und bleibende Schädigungen der physischen Gesundheit durch zeitweiligen Haschischkonsum zu erleiden, gering.

b) Alkohol

Bei regelmäßigem „kontrolliertem“ Trinken ändert sich das Wirkungsspektrum kaum. Selbst bei Alkoholmißbrauch und bei Alkoholkranken treten prinzipiell die gleichen Effekte auf. Allerdings ma-

nifestieren sich einige, wie z.B. das Versagen bei Koordinations- und psychotechnischen Tests infolge einer Toleranzentwicklung erst bei höherer Alkoholkonzentration im Blut. Dagegen ist die tödliche Dosis für starke Trinker und Alkoholranke offenbar nicht höher als die für Personen, die hin und wieder Wein, Bier etc. trinken.

Alkoholbedingte Gesundheitsschäden sind bei täglichem Genuß von 50 g/Tag (Männer bzw. 20 g/Tag (Frauen) Alkohol über einen längeren Zeitraum zu erwarten. Sie lassen sich durch Lebertests und durch Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen wahrscheinlich machen (Feuerlein 1991). Offenbar treten auch autodestruktive Verhaltensweisen (Unfälle, Suizide etc.) vermehrt auf (Andréasson et al. 1991, Murphy and Wetzel 1990; Merrill et al. 1992).

Die körperliche Schädigung bei der Alkoholkrankheit äußert sich in nahezu gesetzmäßigen Veränderungen der Leber in Form einer „Fettleber“ bzw. als Leberzirrhose (Leberschrumpfung). Weiterhin kommt es häufig zu einer chronischen Entzündung der Magenschleimhaut und der Bauchspeicheldrüse sowie zu Krampfadern der Speiseröhre, die zu unstillbaren Blutungen führen können. Beeinträchtigt wird nicht selten auch das Herzkreislaufsystem. Weiterhin kommt es zu Blutbildstörungen und Schwächung der Immunabwehr. Außerdem kann der Atmungstrakt geschädigt werden mit der Folge von Lungenerkrankungen.

Die wichtigsten neurologischen Schäden werden im Zusammenhang mit den psychischen Schäden aufgezeigt (Absatz 4.2.3 b).

Sofern es dem Erkrankten nicht gelingt, auf den Genuß von Alkohol dauerhaft zu verzichten, verläuft die Krankheit progredient und führt früher oder später zum Tode. Im fortgeschrittenen Stadium ist der Alkoholranke an seinem roten aufgedunsenen Gesicht mit häufig starrem Blick erkennbar. Sein Gang ist taumelnd, die Hände zittern. Morgendliches Erbrechen, Appetitlosigkeit, gelbliche Hautverfärbung etc. sind Ausdruck mannigfaltiger Organschäden.

Die Lebenserwartung von Alkoholranken ist rund 20 Jahre geringer als die der Normalbevölkerung.

Unmittelbare Todesursachen sind häufig die Folgen der Organschädigungen sowie die erhöhte Unfall- und Selbstmordrate.

In den letzten Jahren ist die Schädigung ungeborener Kinder durch den Alkoholkonsum der werdenden Mütter zunehmend ins Bewußtsein gerückt. Schätzungen zufolge kommt auf 600 Geburten eine Alkoholembryopathie, das sind allein in den alten Bundesländern jährlich ca. 1800 Neugeborene (Ziegler 1988). Die körperlichen und geistigen Schädigungen der Kinder äußern sich in vor- und nachgeburtlicher Wachstumsverzögerung, Fehlbildungen (abnorme Kürze der Lidspalte, herabhängende Oberlider, Kleinheit des Oberkiefers, abnorme Kleinheit des Kopfes infolge primärer Fehlentwicklung des Gehirns und vorzeitigen Schlusses der Schädelnähte mit fliehender Stirn und stark entwickelter Nase). Sie zeigen je nach Stärke des Alkoholkonsums der Mutter unterschiedliche Schweregrade.

5.2.3 Wirkungen bei chronischem Gebrauch auf die psychische Gesundheit

a) Cannabis

Mit negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit müssen Jugendliche und heranwachsende Menschen, die sich täglich größere Mengen Cannabis zuführen, psychiatrische Patienten sowie psychisch auffällige oder starkem Streß ausgesetzte Personen rechnen (Ashton, 1987). Insbesondere sind psychomotorische und kognitive Leistungen vermindert (O'Brien Fehr und Kalant 1983). In Tests für Kurzzeitgedächtnis, Reaktionszeit und visomotorische Fähigkeiten ist eine Verschlechterung der kognitiven Funktion (d.h. Auffassung, Konzentration, Denkvermögen etc.) in Assoziation mit langdauerndem, starkem Cannabisgebrauch gefunden worden (Mendhiratta et al. 1988) Im Vorlagenbeschluß wird dazu unter Hinweis auf eine Arbeit von Prof. Schönhöfer aus dem Jahre 1973 auf S. 32 festgestellt: „Es gibt derzeit keinen Beweis für den Abbau zerebraler Funktionen und Intelligenzleistungen durch chronischen Cannabisgebrauch. Jedoch ist die zur Intelligenzleistung notwendige Funktion des Kurz-

zeitgedächtnisses unter Einfluß von Cannabis reduziert.“ Seit 1973 wurden jedoch acht kontrollierte, nach wissenschaftlichen Kriterien korrekte Studien zu dieser Frage durchgeführt. In fünf Arbeiten wurden bei chronischen Haschischrauchern persistierende Gedächtnisstörungen festgestellt, in drei Publikationen wurden sie nicht gefunden. Darüber hinaus blieb ungeklärt, ob

- Gedächtnis- und andere kognitive Defizite eine unvermeidliche Konsequenz des Cannabisgebrauchs sind;
- wieviel geraucht werden muß, um Gedächtnisstörungen auszulösen (1977 war der mittlere Gehalt des „street cannabis“ an Tetrahydrocannabinol (THC) in Amerika 1,5 %, 1987 dagegen 3,6 %;)
- es eine besondere Risikogruppe gibt, die mit Gedächtnisstörungen reagiert;
- die Beeinträchtigung voll reversibel ist und wenn ja, wie lange sie unter welchen Bedingungen anhält.

Dennoch läßt sich aus den Studien ableiten, daß Personen, die häufig hochkonzentrierte Cannabisprodukte rauchen, mit Gedächtnisstörungen bis zu 6 Wochen nach dem letzten Gebrauch rechnen müssen. Darüber hinaus sind Individuen mit Lernschwierigkeiten, mit niedrigem Intelligenzquotienten (IQ) und Grenzfälle zu psychischer Auffälligkeit („Borderline“) offenbar empfindlicher gegenüber dem Effekt (Deahl 1991; Lancet 1989).

Gemessen an ereignisbezogenen (akustischer Reiz) EEG Potentialen und der Lösung bestimmter Aufmerksamkeitsaufgaben unterscheiden sich chronische Cannabiskonsumenten im Sinn einer Leistungsminderung deutlich von Kontrollpersonen (Solovij et al. 1991)

Für Jugendliche und Heranwachsende ist das Hauptrisiko das

- „Amotivational Syndrome“

Im Vorlagenbeschluß S. 33 heißt es: „Die Beweisaufnahme hat auch ergeben, daß das sogenann-

te „Amotivational Syndrome“ keine spezifische Folge des Cannabis-Konsums ist.“ Diese Feststellung gibt den Sachverhalt wiederum nicht korrekt wieder. Schon der Punkt 7 der Zusammenfassung der Arbeit Schönhöfer ist verkürzt dargestellt. Er beginnt mit den Worten: „Chronischer Gebrauch von THC ist mit einem „Amotivational Syndrome“ korreliert, das sich in einem Verlust des Interesses für das konventionelle und traditionelle Wertesystem unserer Gesellschaft dokumentiert.“ Erst dann kommt die Einschränkung: „Zur Zeit (also 1973) ist es aber nicht möglich, eine kausale Beziehung zwischen THC-Gebrauch und „Amotivational Syndrome“ herzustellen, da der Umkehrschluß ebenso zulässig ist, daß nämlich die Elemente des „Amotivational Syndrome“ erst das Rauscherleben des THC interessant machen und somit den THC-Konsum bedingen.“ Im Text S. 54 heißt es ergänzend: „Es muß aber betont werden, daß auch das Fehlen einer Kausalität zwischen dem „Amotivational Syndrome“ und einem chronischen und hochdosierten THC-Gebrauch nicht bewiesen ist.“

13 Jahre später bezeichnet L. Hollister in einer sehr abwägenden Übersicht: „Health Aspects of Cannabis“ das „Amotivational Syndrome“ als eine noch immer ungeklärte Frage. Er weist auf eine Reihe von Studien hin, in denen kein Zusammenhang zwischen Cannabisgebrauch und Antriebschwäche, mangelnder Zielstrebigkeit oder Unwilligkeit, Herausforderungen anzunehmen, gefunden wurde. Doch er schließt den Einwand gleich an, daß die Studien an ungelerten Arbeitern durchgeführt worden sind, bei denen in der Regel diese Eigenschaften schon primär zu finden sind. Untersuchungen an Studenten brachten ebenfalls keine Klarheit. Immerhin berichtet Tunvig (1985) über Studenten der Universität Lund, die offenbar als Folge von Haschischrauchen nicht fähig waren, ihren Studienplan in der vorgesehenen Zeit einzuhalten. Bourque et al. fanden bei einer Stichprobe von n=277 in Los Angeles (24-29 Jahre alt), daß Lebensstil und Einkommen starker Marihuana-raucher (10 Joints pro Woche) trotz ca. 14jähriger Ausbildungszeit sich deutlich von Einstellung und Verdienst der Vergleichsgruppe unterscheidet. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Arbeiten von Kandel 1986 hingewiesen, nach denen der

Gebrauch illegaler Drogen in der Jugend die Anfälligkeit ihn als Erwachsener fortzusetzen, erhöht und dadurch die weitere Sozialisation erschwert wird. Nach Ansicht von Hollister ist das Syndrom kein Phantasieprodukt, auch wenn es trotz beharrlichen Bemühens schwierig zu beweisen ist. Er schreibt: „One cannot help being impressed by the fact that many promising youngsters change their goals in life drastically after entering the illicit drug culture, usually by way of cannabis.“ Damit spricht er indirekt den entscheidenden Punkt der Auseinandersetzung um das „Amotivational Syndrome“ an. Es geht nicht um meßbare Leistungseinbußen der Konsumenten. Die Leistungsfähigkeit ist häufig und speziell bei Anforderungen nur gering eingeschränkt. Vielmehr ist es die nachlassende Bereitschaft, der geringer werdende Antrieb zur Durchsetzung eigener Zielvorstellungen, zur Lebensplanung, zur freiwilligen Übernahme von Aufgaben und von Verantwortung. Häufig wird auch die Hygiene vernachlässigt. Mit anderen Worten: die Kreativität und Dynamik der Jugend wird durch Cannabis mehr oder weniger unterdrückt. Diese Schlußfolgerung wird auch durch eine 1989 durchgeführte Umfrage in Drogenberatungsstellen und Fachkliniken gestützt. In beiden Institutionen wurde von den Befragten als Reaktion auf Haschischkonsum am häufigsten Schwunglosigkeit (96,1 %) und Demotivierung (94,0 %) angegeben (Kleiner et al. 1992). Bei diesem Sachverhalt ist es unerheblich, daß es Personen gibt, die primär, d.h. auch ohne Cannabis, keinen Drang verspüren, ihr Leben nach eigenen Ideen und mit eigener Tatkraft zu gestalten.

- „Flashback“

Auf das „Flashback“-Phänomen nach Cannabiskonsum sei nur kurz eingegangen. Es ist ein rauschartiger Zustand, der gelegentlich nach längerer Drogenabstinenz (2 Wochen) auftreten kann. Er hält Sekunden bis zu einer Stunde an und hat meist die gleichen Erlebnisse zum Inhalt, wie die primäre Rauscherfahrung. „Flashback“ tritt vorwiegend bei Kombination von Cannabis mit anderen Stoffen auf. Nach Verwendung von Cannabis als einziger Droge ist eine „Flashback“-Reaktion äußerst selten (Fischer und Täschner 1991)

- Psychose

Cannabis kann nach Anwendung höherer Dosen durchaus psychotische Zustände auslösen. Auch können eine bestehende Psychose und andere psychische Störungen durch Verwendung der Droge verschlimmert werden (Binder 1981: „Bei höherer Dosierung kann es zu paranoiden Vorstellungen und Dysphorie kommen.“ Hollister 1986: „No doubts that marijuana use may aggravate existing psychoses or other severe emotional disorders.“ Ashton 1987: „THC can precipitate anxiety, and panic reactions, depersonalisation, and schizophreniform, manic and confusional psychoses.“ Johnson 1990: „...with increasing dosage - usually the absorption of > 250 µg/kg THC delivered by smoking - the appearance of psychotic phenomena becomes more likely.“ Aus einer epidemiologischen Studie von Tien und Anthony (1990) geht hervor, daß das Risiko, psychotische Zustände (delusions of hallucinations) zu bekommen, für Personen, die täglich Marihuana rauchen, doppelt so groß ist, als für Personen, die die Droge nicht verwenden. Alkoholranke hatten ein achtfach höheres Risiko als Gesunde.

Eikmeier et al. 1991 untersuchten den Verlauf schizophrener Psychosen bei Patienten mit und ohne Cannabiskonsum und fanden, daß

1. die Gruppe der schizophrenen Patienten mit Cannabiskonsum sich im Hinblick auf prämorbid Sozialentwicklung und familiäre Belastung mit Suchterkrankungen oder endogenen Psychosen nicht signifikant von der Gruppe ohne Abusus unterschied,
2. bei der überwiegenden Anzahl der schizophrenen Patienten mit einem Cannabiskonsum dieser lange vor dem erstmaligen Auftreten schizophrener Symptome begann,
3. die an einer Schizophrenie erkrankten Cannabiskonsumern beim erstmaligen Auftreten schizophrener Symptome signifikant jünger als die Patienten ohne Abusus waren,

4. die Gruppe schizophrener Patienten mit Cannabiskonsum im Vergleich zu der ohne Abusus signifikant häufiger wegen produktiver schizophrener Symptome in stationärer psychiatrischer Behandlung waren.

Die Autoren interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, daß Cannabiskonsum bei bestehender Vulnerabilität ein Risikofaktor für das Auftreten einer Schizophrenie ist.

Nicht erwiesen und unwahrscheinlich ist, daß durch Cannabis eine Schizophrenie entsteht.

b) Alkohol

Es treten gesteigerte Reizbarkeit, Gedächtnisschwäche und allgemeine Leistungsminderung auf. Die psychischen Auffälligkeiten und neurologischen Krankheitszeichen sind nicht nur Ausdruck der ständigen Einwirkung des Alkohols, sondern meist schon Folge einer Schädigung des zentralen (u.a. Großhirnrinde, Kleinhirn) und des peripheren Nervensystems.

Die schwersten Folgeerscheinungen der Alkoholkrankheit sind,

1. Polyneuropathien (Erkrankung peripherer Nerven) mit schmerzhaften Mißempfindungen, Muskellähmungen infolge von Störungen der Erregungsleitung in den Nervenfasern und Ernährungsstörungen der Haut
2. Delirium tremens mit Sinnestäuschung, Verkenntnis von Ort und Zeit, Schlaflosigkeit
3. Wernicke-Enzephalopathie, ein Akutsyndrom mit Augenmuskellähmungen, Netzhautblutungen, Gangstörungen durch Kleinhirnschäden und Bewußtseinsstörungen
4. Korsakowsche Psychose, eine chronische, irreversible Schädigung, gekennzeichnet durch Gedächtnisstörungen, Konfabulationen und Demenz (Verlust jeglicher intellektueller Fähigkeiten).

Wird Alkoholkranken der Alkohol entzogen, kommt es zu z.T. schweren Entzugserscheinungen, die

sich - wie erwähnt - in vegetativen Reaktionen, darüber hinaus nicht selten auch in Delirien und cerebralen Krampfanfällen äußern.

5.2.4 Gesellschaftliche Auswirkungen

a) Cannabis

Chronische Bronchitis, „Amotivational Syndrome“, psychotische Reaktionen, psychische Abhängigkeit etc. sind in erster Linie individuelle Risiken des Cannabiskonsums, wenngleich sie durchaus auch gesellschaftliche Auswirkungen haben. Vorwiegend die Allgemeinheit gefährdend, ist die potentielle Einschränkung der Fahrtüchtigkeit (Barnett et al. 1985; Heishman et al. 1989b; siehe auch Becker et al. 1992).

b) Alkohol

Es wird geschätzt, daß in Deutschland etwa 2-3 Millionen Menschen direkt und mindestens die gleiche Zahl indirekt (Familienangehörige etc.) durch die Alkoholkrankheit bzw. übermäßigen Alkoholgenuß in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind. Die Lebenserwartung von Alkoholkranken ist rund 20 Jahre geringer als die der Normalbevölkerung. Ca. 40.000 sterben pro Jahr an der Krankheit. Jeder fünfte Verkehrsunfall mit Todesfolge wird unter Alkoholeinfluß verursacht. Weltweit sind die schädlichen Auswirkungen so evident, daß niemand sie bestreitet oder geringschätzt (Lesch et al. 1986, La Vecchia et al. 1986, Ziegler 1988, Gorsky et al. 1986, d'Houtand et al. 1989, Poser et al. 1990, Andréasson et al. 1991).

5.2.5 Vergleich der chronischen Wirkungen von Cannabis und Alkohol

Auch nach längerem Gebrauch verändert sich das Wirkungsspektrum der beiden Drogen nicht derart, daß die Effekte sich angleichen bzw. sich kaum noch unterscheiden. Vielmehr verwenden einige Konsumenten von Cannabisprodukten gelegentlich beide Drogen, wobei keine Systematik besteht, welcher Stoff bei welcher Gelegenheit in welcher

Menge benutzt wird. Das Gebrauchsmuster ist eher zufällig und wohl in erster Linie von der Verfügbarkeit der einen oder anderen Droge abhängig.

In einer Stichprobe von 5.126 Neuseeländern im Alter von 15-45 Jahren wurden durch Cannabis- und Alkoholkonsum aufgetretene Probleme verglichen. Dabei wurde bestätigt, daß nur ganz wenige Personen ausschließlich Marihuana benutzen. Die meisten tranken gelegentlich auch Alkohol. In einer Subgruppe (n = 122), die mehr als zehnmal in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Marihuana geraucht und Alkohol zu sich genommen hatte, berichteten immerhin 65 % über Schwierigkeiten, die sie mit dem Drogenkonsum in Verbindung brachten (Black und Casswell 1992).

Zwar werden beide Drogen als Rauschmittel verwendet, führen zur psychischen Abhängigkeit und können negative Auswirkungen für den Konsumenten und die Allgemeinheit (z.B. eingeschränkte Fahrtüchtigkeit) haben. Doch sind die Konsequenzen für die Konsumenten von Cannabisprodukten bzw. Alkohol in Art und Ausmaß kaum vergleichbar. Vom Haschischrauchen wird vorwiegend Jugendliche und Heranwachsende betroffen, von der Alkoholkrankheit Personen jenseits des 30. Lebensjahres. Cannabisprodukte beeinträchtigen den Antrieb und die Fähigkeit junger Menschen, ihr Leben zu planen und zu gestalten (amotivational syndrome), d.h. ihre Entwicklungschancen. Übermäßiger Alkoholkonsum führt zur Alkoholkrankheit mit entsprechenden Gesundheitsschäden und auch sozialen Folgen.

6. Auswirkungen des Cannabis- und Alkoholkonsums auf den Konsum anderer Drogen

a) Cannabis

Es besteht weitestgehende Einigkeit, daß bei den Konsumenten gefährlicher Drogen wie Heroin,

Cocain oder von Halluzinogenen dem Mißbrauch dieser Stoffe regelmäßig ein Haschischmißbrauch voranging.

Allerdings gebrauchten nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung 1990 in der Bundesrepublik Deutschland (Alte Bundesländer) nur wenige (ca. 2,5 %) Haschischkonsumenten weitere, unter das Betäubungsmittelrecht fallende Drogen, während bei den Konsumenten solcher weiterer Drogen der Mischgebrauch wesentlich häufiger war, wie die Tabelle zeigt:

Gleichzeitiger Gebrauch verschiedener Substanzen bei Drogenkonsumenten (lifetime)

| Konsumenten von... | Häufigkeit des Gebrauchs anderer Drogen | | | | | |
|------------------------------------|---|------|-------|--------|--------|-------|
| | Basis | k.A. | immer | häufig | selten | nie |
| Haschisch | 1931 | 1,1% | 0,3% | 0,3% | 2,0% | 97,5% |
| Aufpuschmitteln/ Halluzinogenen | 327 | 2,0% | 1,4% | 2,8% | 10,6% | 85,2% |
| Kokain | 156 | 0,0% | 0,0% | 6,0% | 17,9% | 76,1% |
| Opiaten | 171 | 0,0% | 4,4% | 18,4% | 28,6% | 48,6% |
| sonstigen Drogen | 58 | 0,0% | 3,2% | 5,3% | 11,7% | 79,8% |

Anm.: k.A. = keine Angaben;

Quelle: Simon et al., Repräsentativerhebung 1990

Zweifellos bahnt aber der Kontakt mit dem illegalen Drogenmarkt, der sich durch den Haschischkonsum in der Regel ergibt, bei gefährdeten Personen die Aufnahme des Konsums der genannten weiteren, illegalen Drogen. Insofern ist der Begriff der Einstiegsdroge nicht so abwegig, wie aus der Vorlage entnommen werden kann (Vorlagenbeschluß S. 37-42, speziell S. 38), auch wenn Cannabis und seine Wirkungen das Umsteigen nicht auslösen.

Auch in einer in Australien durchgeführten Studie wurde gefunden, daß der Gebrauch anderer illegaler Drogen fast ausschließlich auf solche Personen beschränkt war, die angaben, daß sie bereits Cannabis konsumiert hatten (Rob et al. 1990). In dieser Studie war nicht untersucht worden, ob bei den Personen, die den Konsum weiterer illegaler Drogen aufgenommen hatten, zusätzliche Gefährdungsfaktoren vorlagen. In einer schwedischen Kohortenstudie an 8168 wehrpflichtigen Männern wurde dieser Frage jedoch nachgegangen. Dabei zeigte sich, daß bei den Konsumenten intravenöser Drogen und Cannabis- Konsum-

menten zwar ähnliche Risikofaktoren vorhanden waren (schlechter familiärer und sozialer Hintergrund, frühzeitig sozial abweichendes Verhalten), diese aber bei den erstgenannten in wesentlich stärkerer Ausprägung vorlagen (Stenbacka et al. 1992, siehe auch unter Punkt 4 dieser Stellungnahme).

b) Alkohol

Vergleichbar stark wie der Gebrauch anderer illegaler Drogen mit Haschischkonsum ist letzterer mit starkem Alkoholkonsum assoziiert (Rob et al. 1990). In einer prospektiven Studie an 1000 Teenagern in Sydney/Australien konsumierte kein Studienteilnehmer, der zu Beginn angegeben hatte, Nichttrinker zu sein, im darauffolgenden Jahr Cannabis. Zur Aufnahme des Haschischkonsums kam es um so häufiger, je häufiger und mehr Alkohol zuvor getrunken worden war (von 1 % bei den Personen mit gelegentlichem, geringem Alkoholkonsum bis zu 24 % bei regelmäßigem, starkem Alkoholkonsum). In ähnlichem Maße war übrigens Zigarettenkonsum als Vorbedingung zu sehen (Levy und Pierce 1990). In der repräsentativen Stichprobe norwegischer Jugendlicher wiesen Cannabiskonsumern einen nahezu dreifach so hohen mittleren Alkoholkonsum auf wie Nichtkonsumenten. Kandel, Yamaguchi und Chen (1992) führten im Staat New York eine Kohortenstudie durch, in der über 1000 Personen, ausgehend vom Schüleralter über 19 Jahre hinweg, im Hinblick auf ihren Drogenkonsum mehrmals befragt wurden. Sie konnten zeigen, daß die Entwicklung des Drogengebrauchs einem Stufenschema folgt, an dessen Beginn bei Männern der Alkoholkonsum, bei Frauen entweder Alkohol- oder Zigarettenkonsum stand. Diese erste Stufe war Voraussetzung für den Cannabiskonsum als nächste Stufe, gefolgt von dem Gebrauch anderer illegaler Drogen.

Vergleichende Bewertung

Aus den dargestellten Erkenntnissen ergibt sich, daß Alkohol mit ebenso großer oder geringer Berechtigung als „Einstiegsdroge“ für Cannabis bezeichnet werden kann wie Cannabis für andere illegale Drogen. In beiden Fällen ist das Fortschreiten zu weiteren Drogen i.d.R. an weitere Bedingungen geknüpft.

Schlußbemerkung

Weltweit wurden und werden viele, z.T. sehr aufwendige Anstrengungen unternommen, um

1. Risikofaktoren zu finden, die Jugendliche anfällig machen, Cannabisprodukte zu verwenden bzw. kontrollierte Trinker anfällig machen alkoholkrank zu werden;
2. die aus den entsprechenden Untersuchungen gewonnenen Erkenntnisse in Aufklärung und präventive Maßnahmen umzusetzen;
3. dem Ziel näher zu kommen, negative Folgen des Drogenmißbrauchs für die Konsumenten und die Allgemeinheit zu verringern.

Diese vielfältigen Bemühungen und Einsichten lassen den Schluß zu, daß von der überwiegenden Mehrheit in Wissenschaft und Praxis (Drogenberatungsstellen) Cannabisprodukte nicht als „harmlos“ eingestuft werden. Nur eine kleine - zugegeben sehr aktive - Minderheit plädiert für die Freigabe der „weichen“ Droge. Übereinstimmend ist lediglich die Forderung, daß jugendliche Konsumenten für den Besitz geringer Mengen zum Eigenbedarf nicht bestraft („kriminalisiert“) werden sollten. Siehe hierzu die französischen, amerikanischen und kanadischen Erfahrungen und Vorschläge zur Reduzierung legaler und illegaler Drogen (d'Houtand 1989; Single 1989; Goldstein und Kalant 1990; Clayton und Leukefeld 1992).

Untersuchungen über psycho-biologische Vulnerabilitätsfaktoren und soziale Einflußgrößen haben das Risiko, alkoholkrank zu werden, besser erkennbar gemacht. Sie haben aber bisher nicht sichern können, daß für kontrollierte Trinker keinerlei Gefahr besteht zu erkranken. Deshalb ist auch in diesem Bereich Aufklärung, Prävention und Beratung notwendig und wichtig. Andererseits darf aber auch nicht unzulänglicherweise und entgegen jeder Realität verallgemeinert werden, daß Alkoholgenuß fast zwangsläufig zur Alkoholkrankheit mit den für die Betroffenen schrecklichen Folgen führt.

Die Auswirkungen des Haschischgenusses auf die physische und psychische Gesundheit sind somit

mit denen des Alkoholgenusses nur bedingt vergleichbar, sicher sind sie nicht gleich. Die Feststellung der Kammer, daß die „individuellen und gesamtgesellschaftlichen Wirkungen von Haschisch denkbar gering sind“ (Vorlagenbeschluß S. 43) ist eine Wertung, die - wie dargelegt - nicht allgemein geteilt wird. Nicht zuletzt, weil keinerlei Kriterien definiert und vorher festgelegt sind, was „denkbar gering“ ist bzw. welche Auswirkungen der Genuß einer Droge haben muß, um für das Indivi-

duum und die Gesellschaft als nicht gering eingestuft zu werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die derzeitige Datenlage keine abschließende Beurteilung aller möglichen gesundheitlichen Folgen - und hierbei wird Gesundheit entsprechend der Definition der WHO verstanden - des Cannabis-Mißbrauchs zuläßt. Aus präventiver Sicht ist daher bis zum Vorliegen einer ähnlichen Erkenntnislage wie für Alkohol Vorsicht geboten.



Pressemitteilung des VDPP vom 12.07.1995

Betr.: Abgabe von Cannabis in Apotheken

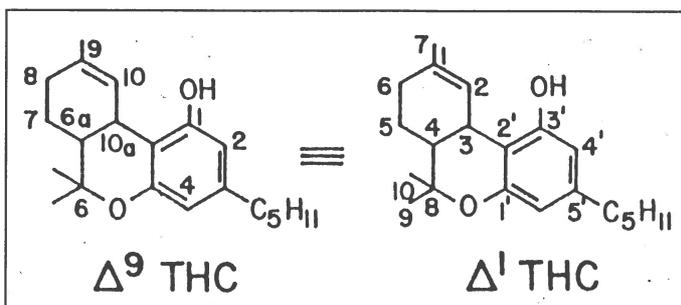
Mit diesem Vorschlag beabsichtigt die Gesundheitsministerin von Schleswig-Holstein, Heide Moser, die Wege des Handels mit der „weichen“ Droge Cannabis (Haschisch, Marihuana) von denen des Handels mit „harten“ Drogen wie Heroin und Kokain zu trennen. Diese Intention wird vom Vorstand des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten - VDPP - ausdrücklich begrüßt.

Dennoch lehnt der Vorstand des VDPP die Abgabe von Cannabis in Apotheken ab. Zur Begründung:

1) Der Auftrag des Gesetzgebers an die Apotheken besteht darin, die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen. Mit Recht hat deshalb der Gesetzgeber alle Warengruppen, die nach ihrer Art oder nach dem Umfang des Handels mit ihnen geeignet sind, die Apotheken in der Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrages zu behindern, vom Verkehr in Apotheken ausgeschlossen. Die legalen Genußgifte Alkohol und Tabak fallen sicherlich in diese Kategorie und sind deshalb nicht apothekenüblich eingestuft. Cannabis ist - auch als „kontrollbedürftige Genußdroge“ - nicht anders einzustufen.

Andere Vertriebswege, die einem vergleichbaren gesetzlichen Auftrag nicht unterliegen, sind nach Auffassung des Vorstandes des VDPP besser geeignet, die kontrollierte Abgabe von Cannabis durchzuführen: nach dem Vorbild der niederländischen Coffee-Shops z.B. die sogenannten Head-Shops oder Hanfläden.

2) Es ist nicht logisch, eine Analogie zwischen Cannabis einerseits und Methadon oder Dihydrocodein andererseits festzustellen, die in einigen Bundesländern zur Abgabe an Drogenabhängige durch Apotheken zugelassen sind. Denn letztere werden als Therapeutika zur Behandlung Drogenkranker eingesetzt; Cannabis dagegen ist weder als Therapeutikum anerkannt, noch werden Cannabis-KonsumentInnen als therapiebedürftig angesehen. Wäre eine dieser Voraussetzungen gegeben, so würde der Vorstand des VDPP die Abgabe von Cannabis in Apotheken befürworten. Dies allerdings nur dann, wenn zuvor zwei Bedingungen erfüllt sind: Die ÄrztInnen müssen in eine solche Therapie eingebunden werden, und das BTM-Recht muß entsprechend angepaßt werden.



Der Begründung, die der Präsident der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände - ABDA -, Klaus Stürzbecher, zur Ablehnung der Abgabe von Cannabis in Apotheken geliefert hat, vermag der VDPP nicht zu folgen: Die Abgabe von Rauschmitteln, noch dazu von Cannabis, welches als Einstiegsdroge zum Gebrauch härterer Drogen fungiere, sei den ApothekerInnen nicht zuzumuten. Diese Aussage zeugt von drogenpolitischer Inkompetenz. Herr Stürzbecher hat nicht erkannt, daß die Freigabe von Cannabis zur Abgabe in Apotheken dem Zweck dienen soll, Cannabis eben diese von ihm erwähnte Funktion als „Einstiegsdroge“ zu nehmen.

Für den Vorstand des VDPP

Udo Ament

Cannabisprodukte in der Apotheke?

AMK. Am 17. Juli 1995 fand eine Sitzung der Arzneimittelkommission im Deutschen Apothekerverband, Eschborn, statt. Aus aktuellem Anlaß stand auch das Thema „Sollen Haschisch und Marihuana legalisiert werden, und soll der Vertrieb über die Apotheke erfolgen?“ auf der Tagesordnung. Dieser Vorschlag von Frau Moser, Gesundheitsministerin von Schleswig-Holstein, wurde sehr lebhaft und zum Teil kontrovers diskutiert. Dabei wurden weitgehend übereinstimmend folgende Feststellungen getroffen beziehungsweise Ergebnisse erzielt:

Cannabispräparate wurden versuchsweise (mit umstrittenen Erfolg) als Arzneimittel eingesetzt. Sie wirken entspannend, appetitanregend (bei AIDS-Patienten) und antiemetisch (bei Zytostatika-induziertem Erbrechen). In den USA ist Tetrahydrocannabinol als Arzneimittel zugelassen.

Da es auf jedem Gebiet bessere therapeutische Alternativen gibt, werden Haschisch, Marihuana etc. heute im allgemeinen als reine Genußdrogen betrachtet. Das Gefährdungspotential für den einzelnen Konsumenten liegt etwa in der gleichen Größenordnung wie das von Alkohol und oder Tabak. Das heißt, der gelegentliche (kontrollierte) Gebrauch durch gesunde Erwachsene ist so risikolos (oder so risikoreich) wie der Schoppen Wein oder das Tabakpfeifchen am Abend.

Die allenfalls psychische Abhängigkeitsentwicklung ist wahrscheinlich geringer als bei Alkohol oder Zigaretten. Die akute Toxizität ist sehr gering, das heißt, man wird sich mit Cannabiszubereitungen - im Gegensatz zum Alkohol - kaum umbringen können, da der übliche Gebrauch selbstlimitierend ist, bei akuter Überdosierung stellt sich Übelkeit und Erbrechen ein.

Bei lang dauerndem, regelmäßigem Gebrauch ist - wie bei Alkohol und Tabak - mit einer Reihe auch schwerwiegender unerwünschter Wirkungen zu rechnen. Dazu gehören besonders psychotrope Wirkungen (Psychosen, Depressionen, Orientierungs-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen)

gen) und durch die Art der Zufuhr bronchitische Beschwerden, Emphysem, obstruktive Lungenerkrankungen und vermehrtes Auftreten von Lungenkarzinomen.

Man kann zum Beispiel die Ansicht vertreten, daß es unserer Gesellschaft besser ginge, wenn nicht Alkohol, der immerhin circa 40 000 Todesopfer/Jahr in der BRD fordert, sondern Cannabis als Genußdroge bei uns akzeptiert wäre. Da ein „Switch“ von Alkohol zu Haschisch allerdings nicht realistisch erscheint, stellt sich die Frage: Braucht oder will unsere Gesellschaft eine weitere Möglichkeit (neben Alkohol), unsere Umwelt angenehmer zu erleben?

Der einzige Grund, der für eine Legalisierung von Cannabisprodukten spricht, ist die Entkriminalisierung der Konsumenten, insbesondere der Jugendlichen. Denn damit entfielen der Reiz des Verbotenen und die Nähe zu den harten Drogen, die üblicherweise beim gleichen Dealer zu haben sind. Damit wäre wahrscheinlich auch die Mär von der „Einstiegsdroge Haschisch“ aus der Welt, die sicherlich nur auf diesen Vertriebsweg zurückzuführen ist.

Dieses wohl einzige vernünftige Ziel einer Legalisierung von Cannabis ließe sich aber nur erreichen, wenn Haschisch genauso viel oder wenig kontrolliert würde wie Alkohol, also weder verschreibungs- noch apothekenpflichtig würde, sondern mit den entsprechenden Auflagen des Jugendschutzes überall erhältlich wäre.

Da die Apotheke den gesellschaftlichen Auftrag hat, die „ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen. und nicht für die flächendeckende Versorgung mit Genußmitteln zuständig ist, sollte nach Ansicht der Kommissionsmitglieder die Apothekenpflicht für Cannabis strikt abgelehnt werden. Es sei denn, wir wollten aus der Apotheke endgültig einen Drugstore (im Wortsinne) machen, dann aber auch mit Alkoholausschank und Zigarettenautomaten.

181/29/95

aus: PZ Nr. 29, 20. Juli 1995, S. 6

Marihuana als Arzneimittel?

In einem Kommentar im „Journal of the American Medical Association“ sprechen sich zwei amerikanische Wissenschaftler für eine legale medizinische Marihuana-Forschung aus. Die größte Gefahr der weit verbreiteten medizinischen Anwendung der Droge liege in ihrer Illegalität, die Patienten zu Kriminellen mache. Nachfolgend einige Argumente aus dem Plädoyer der Wissenschaftler.

Marihuana kann in den USA nicht als Arzneimittel verschrieben werden. Es gehört zur Liste 1 der Verordnung über kontrollierte Substanzen (Control Substances Acts), also zu den Stoffen, denen man ein hohes Mißbrauchspotential, keine akzeptierte medizinische Anwendung und mangelnde Anwendungssicherheit zuschreibt.

Einsatz in Einzelfällen

Auf den Druck von Ärzten und Patienten hin genehmigte die amerikanische Zulassungsbehörde Food and Drug Administration den medizinischen Einsatz von Marihuana zumindest in Forschungsprogrammen und zur Behandlung von Einzelfällen, in denen andere Mittel versagen. Diese Programme wurden kürzlich gestoppt, um den Widerstand der Regierung gegen den Gebrauch illegaler Drogen nicht zu untergraben.

Einsatz als Arzneimittel

Obwohl illegal, wird Marihuana häufig bei chemotherapieinduziertem Erbrechen und Übelkeit eingesetzt. So ergab eine Umfrage im Jahre 1990, daß 44 der Onkologen ihren Patienten empfehlen, bei chemotherapiebedingter Übelkeit Marihuana zu rauchen. Weiterhin wird Marihuana angewendet:

- um den Augeninnendruck beim Glaukom zu erniedrigen,

- als Antikonvulsivum und als Muskelrelaxans bei spastischen Störungen,

- als Appetitstimulans zum Beispiel bei AIDS Patienten,

- als Analgetikum bei Phantomschmerzen, Regelschmerzen und Migräne

Marihuana wird aus getrockneten Blütenblättern und Zweigspitzen des indischen Hanfs (*Cannabis sativa* var. *indica*) gewonnen. Es wird wie Hasch - das getrocknete Blütenharz der Pflanze - meist durch Rauchen aufgenommen. Hauptwirkstoff ist 9-Tetrahydrocannabinol. [nach E. Mutschler: Arzneimittelwirkungen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH, Stuttgart 1991].

Zwar wurden bislang keine kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Marihuana durchgeführt, doch gibt es vielversprechende Untersuchungen und Einzelbeobachtungen. So war Marihuana in einer Untersuchung an 250 Krebspatienten mit konventionell nicht behandelbarer chemotherapieinduzierter Übelkeit sowohl dem synthetischen 9-Tetrahydrocannabinol als auch dem Chlorpromazin überlegen.

tischen 9-Tetrahydrocannabinol als auch dem Chlorpromazin überlegen.

Gute Verträglichkeit

Marihuana ist bemerkenswert gut verträglich. An Tieren zeigte sich eine hohe therapeutische Breite (Verhältnis etale zu effektiver Dosis 40000 zu 1). Beim Menschen ist kein Fall von tödlicher Überdosierung bekannt. Weiterhin wirkt Marihuana weit weniger suchterzeugend und hat ein geringeres Mißbrauchspotential als viele Muskelrelaxanzien, Schlaf- und Schmerzmittel. Anlaß zur Besorgnis gibt lediglich der Marihuanarauch, der mehr Teer und andere Feststoffe enthält als Tabakrauch. Eine Anwendung in Wasserpfeifen oder eine Inhalation von Cannabinoiddämpfen dürfte die Lunge weniger gefährden als das Rauchen.

Literatur

Grinspoon. L., J. B Bakalar: Manhuana as medicine. A plea lor recon.ideration. J. Am. Med. Assoc. 273, 1875-1876 (1995).

Susanne Wasielewski, Münster

aus: DAZ, Nr. 35/1995, S. 58



Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Udo Ament
Ringstr. 28
74838 Limbach
Telefon 06287-92080 (geschäftl.)
06287-920812 o. -21 (priv.)
Telefax 06287-920820

Bayern

Michaela Raasch
Birkenweg 14
85551 Kirchheim
Tel.: 089/347400

Berlin

Dr. Regina Schumann
Zimmermannstr. 17
12163 Berlin
Tel.: 030/7928251

Brandenburg

Peter Rhiemeier
Linden-Apotheke
Brandenburger Straße 158
14542 Werder/Havel
Tel.: 03327/40593

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel Apotheke
Schwaneweder Straße 21
28779 Bremen
Tel.: 0421/605054

Hamburg

Gudrun Likus
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
20144 Hamburg
Tel.: 040/458768

Hessen

Franz Kirchner
Antoniterstr. 5
65929 Frankfurt-Hoechst
Tel.: 069/319545

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Hamburg

Niedersachsen

Gabi Beisswanger
Hohnsen 32
31134 Hildesheim
Tel.: 05121/877405

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Wilhelm-Tell-Straße 13
40219 Düsseldorf
Tel.: 0211/3114172
0211/394256 (priv.)

Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

Saarland

Edith Arweiler
Bernhardstraße 19
66763 Dillingen/Saar
Tel.: 06831/73463

Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

Sachsen

Dr. Christina Kasek
Kantstraße 12
04275 Leipzig

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen