

VDPP - *Rundbrief*

9. Jahrgang, Nr. 41 / September 1997

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

Thomas Hammer Grußworte des Vorstands	3
Elisabeth Bronder / Isabella Sulger / Gudrun Hahn Frauenseminar 1997: Hormone ein Leben lang? Kontrazeption und Substitution	4
Christl Trischler Ausstellung „100 Jahre Frauenstudium“	8
Ingeborg Simon Frauen in der Pharmazie	9
Regina Schumann Bildungsurlaub - Demokratisierung ist nur über Bildung möglich?!	10
Udo Puteanus Arzneimittelqualität und deren Überwachung	11
Wolfgang Richter Erfahrungen mit dem ZDF	14
Isabella Sulger Vorstandstreffen vom 15. Juni 1997 in Kassel	15
Bücher	
Deppe, Hans Ulrich, Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen, VAS 1996 (Thomas Hammer)	17
Dokumentation	
Langzeittherapie mit Sexualhormonen in der Postmenopause (at 4/95)	19
VDÄÄ-Memorandum zur aktuellen Gesundheitspolitik (VdÄÄ-Rundbrief April 1997)	27
Kritikpunkte des VDPP zum Entwurf des VDÄÄ-Memorandums zur aktuellen Gesundheitspolitik	46
Zurück hinter Bismarck (Mabuse Juli/Aug. 1997)	48
Auflösung der IG-Farben (Nie wieder!)	53
100 000 DM gesucht (BUKO-Pharmakampagne)	55

Editorial

„Die Zusammenkunft von kritischer Theorie und Technologie“ wird in einem Buch über Hypertext beschworen. Das Internet besteht nur aus solchen Hypertexten. Und wir besitzen es jetzt auch: Die VDPP-Homepage ist da! Zu finden ist sie unter

<http://home.t-online.de/home/vdpp.de>

Gleichzeitig haben wir nach fast fünf Jahren das Layout des Rundbriefs verändert - auf Vorschlag des Vorstands übrigens.

Hinweisen möchte ich noch auf das diesjährige Herbstseminar mit dem vielversprechenden Titel

NOG-out für rationale Arzneitherapie,

das in diesem Jahr zur Abwechslung einmal in Hamburg stattfinden wird, und zwar nicht wie sonst üblich am vornehmen Elbufer, sondern Szene- und City-nah im Schanzenviertel.

Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief ist der

1. November 1997

Beiträge wie immer an Christa Augustin, Alsterdorfer Str. 18, 22299 Hamburg.

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V., Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Tel./Fax: 040 / 45 87 68, Bankverbindung: Postgiroamt Berlin, BLZ 100 100 10, Kto. 200 47 - 105
Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer
eMail: vdpp.de@T-online.de
Internet: <http://home.t-online.de/home/vdpp.de>
Bildredaktion: Dr. Thomas Schulz
Layout und Satz: Ulf H. Thomas, Tel./Fax/DFÜ 040 / 47 65 64, (Beiträge bitte in den üblichen Textverarbeitungsprogrammen)
Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Liebe Leserin, lieber Leser!

Endlich Feierabend! Es ist tropisch warm und ich will nur noch schnell etwas trinken, dann auf mein Rad steigen und bis zu meiner Lieblingsbank fahren. Von dort aus hat man einen schönen Blick über den Hafen und ich kann dort in aller Ruhe Zeitung lesen und den Ausblick der vorbeifahrenden Schiffe unter dem roten Abendhimmel genießen. Aber das darf nicht sein, denn ich muß morgen mein Grußwort fertig haben, um es Christa zum Geburtstag zu schenken!

Ich bitte also um Nachsicht, daß ich jetzt keine neuen Theorien entwickeln werde, wie man das Pharmaziewesen revolutionieren könnte. Denn die Wärme macht faul und friedfertig. Ich möchte vielmehr 2x Dank sagen. Zum einen danke ich allen Mitgliedern, die nun schon seit Jahren den VDPP finanzieren, obwohl sie auf Grund ihrer Lebensumstände keine Gelegenheit finden, am Vereinsleben teilzunehmen. Ohne Euch gäbe es diesen Rundbrief nicht, ohne Euch könnten wir weder Frauen- noch Herbstseminar veranstalten. Und auch die Vorstandstreffen bei Ildiko und Michael in Kassel, an denen wir Vorstandsmitglieder unsere Freude haben, könnten nicht mehr stattfinden.

Zum anderen möchte ich auch diejenigen danken, die den Vorstand bei der Planung des Herbstseminars unterstützt haben. Ohne diese Hilfe hätte der Vorstand nie solch ein gutes Konzept erarbeiten können. Nun müssen wir hier in Hamburg nur noch ein gutes Rahmenprogramm organisieren. Aber nichts leichter als das, denn bald wird es hier wieder unser Schmuddelwetter geben.

Bis bald in Hamburg
THOMAS

Hormone ein Leben lang? - Kontrazeption und Substitution -

Frauseminar 1997 in Berlin vom 6. bis 8. Juni 1997

Elisabeth Bronder

Risikobewertung oraler Kontrazeptiva der dritten Generation

„Hormone, ein Leben lang? - Kontrazeption und Substitution“ unter diesem Thema stand das diesjährige Frauseminar. Am Samstag, dem Haupttag des Seminars, wurden zwei Vorträge gehalten - am Vormittag zur hormonellen Kontrazeption und am Nachmittag zur Substitution von Hormonen. Zum ersten Thema „Risikobewertung oraler Kontrazeptiva der dritten Generation“ konnte Dr. Ulrich Hagemann kurzfristig einspringen, nachdem Frau Halberkath leider aus Krankheitsgründen abgesagt hatte.

Ulrich Hagemann hielt einen sehr gut vorbereiteten Vortrag über die Risikobewertung der „Pillen“ der dritten Generation. Dabei kam er über einen kurzen historischen Rückblick zur Entwicklung der oralen Kontrazeptiva sowie zur Nutzen-Risiko-Abwägung zur eigentlichen Darstellung der inzwischen vorliegenden verschiedenen epidemiologischen Studien zu kombinierten oralen Kontrazeptiva. Gleichzeitig stellte er auch das Spontanerfassungssystem des BfArM vor.

Nutzen / Vorteile / Risiken

Zum Nutzen kombinierter oraler Kontrazeptiva zählen:

- a) ein hoher Grad an Wirksamkeit; gilt als sicherste reversible Methode der Kontrazeption
- b) Normalisierung des Zyklus
- c) geringeres Risiko für das Auftreten von Endometriumkrebs
- d) weniger Eisenmangelanämien

Vorteile kombinierter oraler Kontrazeptiva sollen sein:

- a) weniger Androgenisierungserscheinungen der Haut
- b) geringere Gewichtszunahmen
- c) bessere Allgemeinverträglichkeit und weniger Befindlichkeitsstörungen

Zu den Risiken kombinierter oraler Kontrazeptiva zählen:

a) schwerwiegende kardiovaskuläre Erkrankungen: venöse thromboembolische Ereignisse (VTE), Herzinfarkt und Schlaganfall sowie

b) Brustkrebs. Brustkrebs wurde nach einer Metaanalyse von 52 Studien mit einem signifikant erhöhtem (1,24-fach) relativen Risiko bewertet, das zehn Jahre nach Absetzen jedoch „verschwinden“ soll. Frauen ohne Pilleneinnahme würden bei Brustkrebs einen schwereren Verlauf zeigen, wobei hier der wahrscheinlich seltenere Besuch beim Arzt/

Dieses Jahr war vieles anders. Zunächst hatten wir schon vor langer Zeit beschlossen, das hessische Bergland einmal zu verlassen und in Berlin zu tagen. Zu dem Thema: Hormone, ein Leben lang, erhofften wir uns in Berlin kompetente Referentinnen zu finden. Gesucht gefunden. Mit Frau Halberkath vom „arzneitelegramm“ und Frau Sachse vom feministischen Frauengesundheitszentrum waren die beiden Schwerpunkte Kontrazeption und Substitution ab der Wechseljahre versorgt.

Aus unserer Planungszufriedenheit wurden wir jäh herausgerissen, als wir 14 Tage vor Seminarbeginn hörten, daß Frau Halberkath krank ist. Nach vielen Telefongesprächen fanden wir dann Ulrich Hagemann, der spontan bereit war, den Vortrag zu übernehmen. So gab es auf unserem Frauseminar zum ersten mal einen männlichen Referenten. An dieser Stelle noch einmal vielen Dank, Ulrich, für die Bereitschaft und das Referat.

Wie vorauszusehen, kamen viele Berlinerinnen und ex-Berlinerinnen zum Seminar, so daß wir gut 20 Frauen waren, die sich zu dem Thema zusammenfanden. Lichterfelde erwies sich als ein schöner grüner Stadtteil. Zum Ausgleich dafür, daß wir bei schönstem Sommerwetter uns in geschlossenen Räumen aufhalten mußten, saßen wir abends lange im Freien beim Italiener. Vielen Dank nochmals an die, die uns den „Platz an der Sonne“ erkämpften. Frauen gemeinsam können bekanntlich stark sein!

Im nächsten Jahr treffen wir uns wieder in Berlin, dann in anderen Tagungsräumen.

Gudrun Hahn

bei der Ärztin mit als Begründung aufgeführt wird.

Das Spontanerfassungssystem dient zur sog. „Signalgenerierung“ von Nebenwirkungen eines Arzneimittels. Ärzte melden beobachtete Ereignisse, die somit als „Signale“ erkannt werden. Der Nachteil der Meldungen ist, daß es Einzelfälle sind und keine Aussage über den Kausalzusammenhang möglich ist. 1989 gingen die ersten Einzelfallmeldungen zu venösen thromboembolischen Ereignissen nach Einnahme der Pille der dritten Generation im „Amt“ (damals noch BGA) ein.

Studienergebnisse

Ergebnisse aus epidemiologischen Studien zur Risikobewertung der „Pille“ der dritten Generation liegen dagegen erst seit 1995 vor. Hierzu zählen folgende Studien:

- 1) die WHO-Studie für Europa (Spitzer et al 1996),
- 2) der getrennt ausgewertete deutsche Studienteil (Lewis et al 1996) im Rahmen der transnationalen Studie unter der Leitung von Spitzer,
- 3) eine britische Studie - Boston Collaborative Drug Surveillance Program - BCDS (Jick et al 1995)
- 4) eine niederländische Studie - „Thrombophilia Study“ (Bloemenkamp et al 1995).

Diese Studien sind allesamt Fall-Kontrollstudien, die sich darin auszeichnen, daß sie retrospektiv sind. Die britische Studie wurde außerdem noch als Kohortenstudie prospektiv angelegt. Bei der Fall-Kontrollstudie geht man von der erkrankten Fallgruppe aus und baut dazu eine möglichst gleiche Kontrollgruppe auf nach Geschlecht, Alter und Wohnregion oder anderen Charakteristika. Wichtig ist, daß Fall- und Kontrollgruppe „beobachtungsgleich“ sind, also keine gravierenden

Unterschiede in der Zusammensetzung aufweisen. Beide Gruppen werden dann in der Auswertung statistisch verglichen. Fall-Kontrollstudien sind für die Klärung von Arzneimittelrisiken besonders geeignet, da sie im Vergleich zu prospektiven Kohortenstudien wesentlich zeitsparender, daher kostengünstiger sowie ethisch auch vertretbar sind.

Die epidemiologischen Studienergebnisse lassen sich nach den Risiken Schlaganfall, Herzinfarkt und venöse thromboembolische Ereignisse getrennt beschreiben.

Zum Schlaganfall

Die WHO-Studie beschreibt ein relatives Schlaganfall-Risiko von 2,2 bei Frauen über 35 Jahre, das bei Raucherinnen mit einem Alter über 35 auf 3,9 ansteigt. Bei Hypertonie steigt das Schlaganfall-Risiko auf 10,3. Als Referenz diente die zum Studienzeitpunkt als Nicht-Einnehmerinnen („Non-user“) von oralen Kontrazeptiva bekannte Gruppe.

Zum Herzinfarkt

Der deutsche Studienteil der transnationalen Studie (Lewis et al 1996) zeigt für die Pille der dritten Generation kein ansteigendes Herzinfarkt-Risiko. Die Ergebnisse liegen im Gegenteil unter 1 bei 0,8 gegenüber „Non-user“ als Referenz und bei 0,3 gegenüber Einnehmerinnen der Pille der zweiten Generation (mit dem früher entwickelten Gestagen Levonorgestrel).

Zu venösen thromboembolischen Ereignissen

Die WHO-Studie (Spitzer et al 1996), der deutsche Studienteil der transnationalen Studie (Lewis et al 1996) sowie die britische Studie (Jick et al 1995) zeigen für die Pille der dritten Generation ein ansteigendes VTE-Risiko (VTE = venöse Thromboembolien) sowohl für Gestoden als auch für Desogestrel zwischen 1,5 und 3,1 ge-

genüber Einnehmerinnen der Pille der zweiten Generation. Insgesamt treten keine großen Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit thromboembolischer Ereignisse zwischen den beiden Gestagenen auf. Die Faktoren Übergewicht, höheres Lebensalter sowie Rauchen, die das Risiko für ein Auftreten von thromboembolischen Ereignissen bei Anwenderinnen von oralen Kontrazeptiva erhöhen, wurden in den Bewertungen berücksichtigt.

Zum Faktor V Leiden

Als neue Faktoren, die das Auftreten von VTE bei Einnehmerinnen der Pille der dritten Generation offenbar beeinflussen, werden eine genetische Disposition (Faktor V Leiden) und die Ausbildung einer APC-Resistenz (APC = aktiviertes Protein C) diskutiert (Rosing et al 1997). Beide haben Auswirkungen auf die Blutgerinnung. Die Pille der dritten Generation kann das natürliche Gerinnungssystem aktivieren, indem sie eine erworbene Resistenz gegen Teile des Inaktivierungssystems der Blutgerinnung (APC-Resistenz) hervorruft. Der Faktor Va wird zur Umwandlung von Prothrombin in Thrombin benötigt, der durch Protein C inaktiviert werden kann. Ist der Faktor Va resistent gegenüber dem Protein C, so verläuft die Thrombinbildung unkontrolliert ab. 5% der Bevölkerung in Europa sollen eine entsprechende genetische Disposition haben. Eine niederländische Studie fand bei Frauen mit Einnahme der Pillen der dritten Generation doppelt so oft eine APC-Resistenz wie bei Frauen mit der Pilleneinnahme der zweiten Generation.

Die neuen Erkenntnisse zum Faktor V Leiden stehen im Einklang mit früheren epidemiologischen Erkenntnissen und auch dem Wissen durch Spontanerfassungsberichte.

Nach der Darstellung der Studienergebnisse folgten Beispiele von Verzerrungen (Bias), die Studienergebnisse beeinflussen können. Hierzu zählen

Erfassungs-, Diagnose-, „Healthy-user-Effect“- und Verschreibungs-Bias. Je nach Fragestellung einer Untersuchung sollten bzw. müssen solche Verzerrungen in der Planung einer Studie ausgeräumt werden bzw. in der Erhebung ihre Berücksichtigung finden.

Fazit

Das BfArM hat die Ergebnisse der vorgestellten Studien zur Grundlage seiner Entscheidungen gemacht, die nach eingehender Beratung im November 1995 im CPMP (Committee for Proprietary Medicinal Products = Ausschuß für Arzneispezialitäten der Europäischen Arzneimittelbehörde) erfolgten. Hierzu zählen die allen bekannten Anwendungsbeschränkungen der Desogestrel- und Gestoden-haltigen Pillen der dritten Generation:

- a) keine Erstanwendung für Frauen unter 30 Jahren, die zum allerersten Mal ein hormonelles Kontrazeptivum einnehmen wollen.
- b) Warnhinweis auf das um den Faktor 2 erhöhte Risiko venöser thromboembolischer Ereignisse.
- c) Warnhinweis bei bekannten thromboembolischen Ereignissen in der Familienanamnese.

Das Problem um die Pillen der dritten Generation ist damit jedoch noch nicht abgeschlossen. Einige Hersteller klagen gegen die BfArM-Entscheidungen.

Wie so häufig bei den Frauenseminaren ergab sich nach den Vorträgen eine anregende Diskussion, die auch durch die eigene Betroffenheit noch beflügelt wurde. Dabei bezog sich die Betroffenheit nicht nur auf das „Frausein“ an sich, sondern auch auf die Situation in der Apotheke und die (Un-)Möglichkeiten der Kundinnenberatung.

Die Frage, was passiert, wenn nun Frauen auf die Pille der zweiten Generation umsteigen, konnte vom Plenum des

Frauenseminars nach dem Vortrag nicht befriedigend geklärt werden, so lange die Pille als erste Möglichkeit der Kontrazeption gesehen wird. Es bleiben weiterhin Risiken auch bei Einnahme von Pillen der zweiten Generation.

Literatur

- Bloemenkamp KWM et al. Lancet 1995; 346: 1593-1596
 Jick TMM et al. Lancet 1995; 346: 1589-1593
 Lewis M et al. British Medical Journal 1996; 312: 88-90
 Rosing et al. British Journal of Haematology 1997; 97: 233-238
 Spitzer W et al. British Medical Journal 1996; 312: 83-87

Isabella Sulger

Protokoll Frauseminar Sonntag Morgen

Tagesordnung:

- I. Diskussionsbedarf zu den gestrigen Vorträgen:
 1. Risikobewertung oraler Kontrazeptiva
 2. Wechseljahre
 3. andere Themen
- II. Frauenbeteiligung bei der Vorstandarbeit
- III. Vorbereitung Frauenseminar 98, Thema und Termin
- IV. Ausstellung 100 Jahre Frauen in der Pharmazie

I.1. Risikobewertung oraler Kontrazeptiva

In der Auswertungsrunde wurde diskutiert, welche Fragen nach Ulrich Hagemanns Vortrag existieren, welche Standpunkte wir zu dem Thema einnehmen und wie wir tätig werden können. Bei den Anwendungsempfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und

Medizinprodukte (BfArM) zur Einnahme oraler Kontrazeptiva der 3. Generation blieb die 30 Jahresgrenze unklar. Weiterhin stellte sich die Frage, wie die unterschiedlichen Bewertungen des BfArM und des arznei-telegramms zu beurteilen wären.

Ganz generell nehmen gesunde Frauen täglich die Pille ein. Das Argument des höheren Risikos beim Schwangerschaftsabbruch im Gegensatz zur Einnahme der Pille ist ein Scheinargument, hinter dem finanzierte Interessen stecken. Zu alternativen Methoden bei der Verhütung gibt es bisher keine Studien. Dennoch muß es bei der Kontrazeption für jede Frau eine individuelle Lösung geben. Nach der Meinung einzelner bietet die Pille der 3. Generation keine Vorteile, da der Unterschied des Gefahrenpotentials der Zweit- gegenüber der Drittgenerationspillen nicht besonders groß ist. Die Pille kann zwar nicht vom Markt genommen werden, aber Anwenderinnen müssen verstärkt von ÄrztInnen und ApothekerInnen über die Risiken, Nebenwirkungen und Alternativen oraler Kontrazeptiva aufgeklärt werden. Ein Beispiel wäre das höhere Risiko thromboembolischer Ereignisse bei Punktmutationen des Gerinnungsfaktors V (Faktor V Leiden).

In Apotheken könnten Adressen von Stellen für Frauen bereitgehalten werden, die auch alternative Verhütungsmethoden anbieten. Weiterhin wäre es sinnvoll, wenn wir im Rundbrief die Risiken der Pille der 3. Generation aufzeigen und alternative Methoden vorstellen. Hilfreich wäre auch eine Selbstdarstellung des Arbeitskreises Frauengesundheit, der sich aus Therapeutinnen zusammensetzt. In diesem Zusammenhang wäre auch die Meinung der Männer im VDPP zur Einnahme der Pille interessant. Noch offen ist, wie die aus dem Seminar gewonnenen Erkenntnisse in die Beratung in der Apotheke einfließen können.

Top I. 2 u. I. 3 entfallen aus

Zeitmangel.**Top II Frauenbeteiligung bei der Vorstandsarbeit**

Ehemalige und jetzige Vorstandsmitglieder baten die verbliebenen Frauen, sich auch im Vorstand zu engagieren, da bei der letzten Wahl nur zwei Frauen zur Verfügung standen. Hieraus ergibt sich die Chance, W sich der VDPP nicht nur auf einmal pro Jahr beschränkt.

III. Vorbereitung Frauseminar 98, Thema und Termin

Für das Frauseminar 98 wurden folgende Themen vorgeschlagen:

- 1) Antidepressiva, Neuroleptika, Tranquilizer und Benzodiazepinentzug
- 2) Frau und 3. Welt
- 3) Frauengesundheitsprojekte

- 4) Alternative Behandlungsmethoden gynäkologischer Beschwerden, Weiblichkeitsbilder in der Homöopathie
- 5) Klimakterium, Pille, alternative Methoden

Wir entschieden uns für den vierten Vorschlag, um die in diesem Jahr begonnene Thematik weiterzuführen.

Arbeitsauftrag für das Frauseminar im nächsten Jahr

Als Ergebnis dieses Seminars wollen wir einen Beratungsleitfaden für Fragen in der Apotheke an die PatientInnen zu den Themen "Pille, Osteoporose und Beschwerden in den Wechseljahren" erstellen. Die Entwürfe werden regional von drei Arbeitsgruppen in Hamburg zu dem Thema "Pille" (Evelyn Seibert, Ingeborg Pick, Gudrun Likus, Barbara Scheuvsens, Ulrike Kappler), in Berlin zu "Beschwerden in den Wechseljahren" (Susanne Bahr-

ke, Christina Sachse) sowie in Darmstadt zu "Osteoporose" (Christl Trischler, Sabine Richter) erstellt. Diese Beratungsleitfäden werden im nächsten Jahr voraussichtlich zu Beginn des Frauseminars diskutiert und verabschiedet.

Thema und Modalitäten des Frauseminars 98

Das Frauseminar findet im nächsten Jahr vom 16.- 17.5.98 in Berlin statt unter dem Thema "alternative Behandlungsmethoden gynäkologischer Beschwerden". Christina Sachse und Susanne Bahrke bereiten das Seminar vor. Frauen von außerhalb werden in Privatquartieren untergebracht, wofür sich Susanne Bahrke in Zusammenarbeit mit der Berliner Regionalgruppe kümmert.

Literaturliste Frauseminar 1997, Berlin

- Wechseljahre, eine Broschüre zur Selbsthilfe, FFGZ Berlin, 5. Auflage 1995
- Die Pille, von der Lust und der Liebe; Ausstellungskatalog Hygienemuseum Dresden, Rowohlt 1996
- Wechseljahre, Greer, Germaine, Econ Verlag 1991
- Hitze ... und Wut, Sylvia Groth, in Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, Nr. 33
- Die Frau im Körper, Emily Martin, campus 1989, Frankfurt
- Feuerzeichenfrau, ein Bericht über die Wechseljahre Julia Onken, Beck'sche Reihe Nr. 352, München
- Fliegende Hitze, Frauen durchleben die Wechseljahre Marianne Schmitt (Hrsg.), Fischer, 1986
- Pille ohne Risiko? H. Taubert, Ariston Verlag 1996
- Kontrazeption mit Hormonen, Ein Leitfaden für die Praxis, 2. Auflage H. Taubert, Thieme Verlag, Stuttgart, 1995

Christl Trischler

Ausstellung „100 Jahre Frauenstudium“

Anwesend:

Ildiko Szazs, Christiane Hefendehl, Gudrun Likus, Ulrike Kappler, Evelyn Christl Trischler, Ursula Mostar, Ingeborg Simon

TAO 1: Bericht der einzelnen Teilnehmerinnen:

a) Brief von Gaby Beiswanger: mit 2 Lebensläufen: von Frau Prof. Dr. Ilse Esdorn und von Frau Ilse Rücker

b) Christiane wartet weiterhin geduldig auf Zusendungen von Literaturhinweisen und Material für Ihre Dokumentation. Bitte alles, was irgendwie interessant und zum Thema passend ist, hinschicken!!!!!!! Außerdem hat sich Christiane weiter um die geplante Briefmarke gekümmert. Die Briefmarke muß spätestens im Oktober '97 beantragt werden. Wir müssen also beim nächsten Treffen die Begründung für diesen Antrag fertig machen. Eine Kopie der Zulassung von Frauen für das Pharmaziestudium wird dem Antrag beigelegt. Günstig wäre es auch, gleich einen Vorschlag für die Gestaltung der Briefmarke parat zu haben.

Die Idee, diese Aktion zusammen mit Ärztinnen und Zahnärztinnen zu starten, hat nur dann Sinn, wenn dann drei entsprechende Marken rauskommen würden.

Ildiko und Christiane werden mit Ingeborg Simon und mit Eva Brinkschulte (Medizinhistorikerin) deshalb nochmal Kontakt aufnehmen. Christiane will Ingeborg fragen, wer dieses Projekt noch unterstützen könnte.

c) die Schwester von Ildiko will versuchen, das Dokument der Zulassung von Frauen zum Pharmaziestudium als Kopie vom Staatsarchiv in Berlin zu bekommen.

d) Ich erzählte von einem längeren Gespräch mit einer 83 jährigen Apothekerin in Kassel. Drei Fotos und eine Rezeptsammlung stellte Sie mir zur Verfügung. Ich werde mich weiterhin mit dem Thema Statistik herumschlagen und nach interessanten Geschichten und Ereignissen in der Zeit von 1934 bis '45 suchen.

e) Ulrike hat Kontakt aufgenommen mit einer Apothekerin aus Hamburg, Dr. Renate Luck. Außerdem versucht sie eine Kopie des Aufrufs von 1911 in der PZ zur Gründung des Bundes der Pharmazeutinnen zu bekommen. Sie wird weiter arbeiten an dem Thema Leserbriefe und Diskussionen im Vorfeld der Zulassung.

f) Gudrun hat einen Ausstellungskatalog der Uni Bonn über das Frauenstudium an dieser Uni mitgebracht. Bei dieser Gelegenheit tauchte die Frage auf, wieviele Lebensläufe in der Ausstellung sinnvoll sind. Wir einigten uns auf maximal zehn (Ausnahmen je nach Aussagekraft natürlich möglich). Christiane entdeckte, daß einige Apothekerinnen in Österreich ihr Studium begannen z. B. an der Universität Innsbruck. Der Grund dafür könnten Zulassungsbedingungen gewesen sein.

g) Evelyn wird ein Foto machen von der Grabplatte einer Apothekerin aus dem Hochmittelalter im Münster in Ulm.

h) Christiane versucht das Bild der Margarete Neff zu bekommen und will In-

geborg Simon und Udo Puteanus ansprechen, die beide Kontakt zu Herrn Romberg haben. Herr Romberg ist im Besitz des sog. Kränzchenbuches, einer Art Tagebuch der ersten Apothekerinnen

i) Ildiko wird die Frauenbildungsdiskussion von 1815 - 1899 bearbeiten, außerdem das Buch von Schelenz „Frauen im Reiche des Aeskulap“ und einen Text dazu schreiben.

TAO 2:

Weiteres Vorgehen:

Im Herbst 97 müssen wir festlegen die einzelnen Kapitel (Tafeln) den Zeitplan, deren Gestaltung

und vor allem, wer übernimmt die Verantwortung für die einzelnen Themen und Aufgaben.

Bis dahin brauchen wir also eine Übersicht, wer mitarbeiten kann und will, punktuell oder kontinuierlich. Ich werde alle bisherigen Interessentinnen noch mal anschreiben und um Rückmeldung bitte.

Wir suchen noch jede Menge Fotos aus der Zeit vor 1950 (auch Kleinstformate), Tagebücher, die fürs Vorexamen benötigt wurden, Herbarien, alte Zeugnisse, Approbationsurkunden, alte Laborhefte, Zeugnisse übers Vorexamen, die „Brosche“ (das war eine Art Anstecknadel mit dem Namen der approbierten Dame zur Unterscheidung von Helferinnen), einen alten Kittel, Geschichten und Anekdoten, Witze und Satiren, Hinweise zu Literatur und zu Filmen, in denen Apothekerinnen eine Rolle spielen.

Unser nächstes Treffen findet statt: am 18.11.97. Oktober Der Ort steht noch nicht fest: entweder Hamburg, Kassel oder Düsseldorf (während des Apothekertags).

Ingeborg Simon

Frauen in der Pharmazie

Ein Blick in die jährlich vorgelegten ABDA-Geschäftsberichte macht es deutlich: von einer wirklichen Gleichberechtigung sind die Apothekerinnen noch weit entfernt. Trotz des hohen Frauenanteils (80,7%) liegt der Anteil der Apothekenleiterinnen nur bei 35,9%. Auch die Tatsache, daß über die Hälfte der approbierten Mitarbeiterinnen teilzeitbeschäftigt arbeitet, läßt die Vermutung zu, daß sich hier u.a. auch die Doppel- und Mehrfachbelastungen der Frauen widerspiegelt. (Die Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die alten Bundesländer)

Ein Blick in die Reihen derer, die in der Pharmazie Standespolitik betreiben, zeigt auch hier große Defizite auf. Der Versuch, diese indirekt mit der fehlenden Qualifikation, Opfer- oder Leistungsbereitschaft der Apothekerinnen in Verbindung zu bringen, wird immer dann unternommen, wenn die Befürworterinnen einer Quotenregelung aktiv werden. Daß sich dagegen insbesondere Kolleginnen als Gegnerinnen profilieren, macht deutlich, wie weit der Weg bis zu einer echten Gleichberechtigung noch ist. Dennoch hat inzwischen die von uns konsequent geführte „Quotenfrau“-Debatte Bewegung in die Standespolitik gebracht. Einzelne Kammern bemühen sich um die verstärkte Mitarbeit von Apothekerinnen. In Berlin und Westfalen-Lippe wurden Frauenbeauftragte gewählt, die in Zusammenarbeit mit interessierten Kolleginnen - auch aus den Reihen der über-

wiegend von Frauen repräsentierten anderen Berufen des Apothekenbereichs - versuchen, frauenspezifische Probleme darzustellen, zu diskutieren und zu bewältigen.

Auch in der Industrie, in der Krankenhausaapotheke, in Lehre und Forschung sind die Frauen - insbesondere in leitenden Positionen - immer noch die Ausnahmen.

Da die Frau in vielen gesellschaftlichen Bereichen benachteiligt wird, muß die Forderung nach Gleichberechtigung neben den beruflichen auch alle anderen Lebenszusammenhänge einbeziehen. Ziel muß es sein, die gesetzlich garantierte Gleichstellung von Mann und Frau in allen Lebensbereichen praktisch durchzusetzen:

- Für eine Berufstätigkeit der Frau ohne Nachteile müssen sozialpolitisch angemessene Rahmenbedingungen geschaffen werden

- Um die berufliche Benachteiligung abzubauen, fordern wir eine Quotenregelung in Lehre und Forschung, im öffentlichen Dienst und in den Standesvertretungen.

- Wir fordern für alle Kammern die Wahl einer Frauenbeauftragten, die - mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet - frauenspezifische Probleme und Forderungen in und mit der Selbstverwaltung zu lösen versucht.

Wir wenden uns gegen die Diskriminierung der Frau, die wir auch in unserem berufspolitischen Alltag ständig sehen oder erleben. Z.B.

- als frauenfeindliche Werbung,

- in einer Medizin, die das Frausein zur Krankheit erklärt (Schwangerschaft, Klimakterium),

- in der Neigung vieler Ärzte, Frauen häufiger Arzneimittel zu verordnen als Männern bei gleicher Diagnose,

- in dem Versuch großer Arzneimittelkonzerne, insbesondere Frauen in der „Dritten Welt“ als Versuchsobjekte zu mißbrauchen oder ihr Unwissen und Vertrauen als Konsumentinnen und Mütter auszunutzen (künstliche Baby-nahrung, unsinnige Antibiotika-Kombinationen, Vitaminpräparate).

Regina Schumann

Bildungsurlaub - Demokratisierung ist nur über Bildung möglich?!

Vom 13. bis 19. Juli besuchte ich ein Seminar der Friedrich-Ebert-Stiftung zum Thema „Geht der Gesellschaft die Arbeit aus? - Folgen für die junge Generation“. Ich erhielt dafür von meinem Arbeitgeber Sonderurlaub, da das Seminar als Bildungsurlaub anerkannt wurde. Das Seminar wurde in der Heimvolkshochschule Jagdschloß Göhrde im Wendland durchgeführt. Außer der Anreise mußte ich lediglich einen Teilnehmerbetrag von 100.- DM für diesen 6-tägigen Aufenthalt bezahlen. Ja, und nun höre ich sie schon, die Stimme des Volkes: „Das ist ja ein billiger Urlaub und dann noch in schöner Umgebung und alles von unseren Steuergeldern!“

In schöner Umgebung stimmt - die kurzen Eindrücke, die ich von der Landschaft bekam, machten mehr Lust auf richtigen Urlaub im Wendland mit Fahrradtouren, Wanderungen, Freibadbesuchen und Spaziergängen an der Elbe.

Urlaub stimmt nur bedingt. Der Erholungseffekt war natürlich gegeben, gedanklich und räumlich weit weg von der Routine der Arbeit und der häuslichen Umgebung mit bester Verpflegung und ungestörter Nachtruhe. Die meisten Seminarorte befinden sich in solchen Urlaubsgegenden. Ansonsten hatte die bildungshungrige Gruppe im Alter zwischen Anfang 20 und Ende 60 volles Programm von 9 bis 18 Uhr und abends

schaute wir uns noch Film- bzw. Videodokumentationen zum Thema an, z.B. den wundervoll sarkastischen Film von Michael Moore „Roger and me“ über die Fabrikschließungen in der Automobilbranche in den USA und ihren Folgen für die Menschen, oder ein Interview mit dem französischen Philosophen Andre Gorz, der in seinem Buch „Wege ins Paradies“ völlig neue Arbeitszeitmodelle für unsere Gesellschaft propagiert.

Und zur Fremdfinanzierung dieser Seminare gilt immer noch: „Bildung muß für alle möglich und bezahlbar sein!“ Unsere Gruppe bestand nicht nur aus Akademikern und gut bezahlten Angestellten, sondern auch aus Studenten, Beschäftigten mit unteren und mittleren Einkommen und Rentnern. Auffällig war jedoch, daß alle Erwerbstätigen aus dem öffentlichen Dienst kamen. Für uns ein Indiz dafür, daß sich die Arbeitnehmer in der freien Wirtschaft aus Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes oder aus Solidarität mit den KollegInnen, die in ihrer Abwesenheit ihre Arbeit mitübernehmen müssen, nicht trauen, einen entsprechenden Antrag auf Bildungsurlaub zu stellen. Daß es auch anders geht, beweisen die Beschäftigten von Volkswagen, die zum großen Teil die Seminare der Heimvolksschule Göhrde besuchen.

Was habe ich in der Bildungswoche gelernt? Ich habe viel über unsere bun-

desrepublikanische Gesellschaft gelernt, über Arbeit, über soziale Gegebenheiten, über Standorte, über Modelle in anderen Staaten und über Utopien.

Eins ist für mich ganz klar geworden: Arbeitszeitverkürzung ohne Lohnausgleich ist nicht der richtige Weg, sondern führt zu weiteren Rationalisierungen, versteckter Arbeitslosigkeit und Vergrößerung der sozialen Gegensätze, wie die Beispiele der Niederlande, Schweden, USA und Neuseeland zeigen. Eine Lösung für die weltweite Arbeitskrise kann nur in einer anderen Verteilung der Arbeit und der Arbeitszeit verbunden mit einer Kapitalumverteilung liegen. Arbeit wird dabei neu definiert werden und unsere Einstellung zur (bezahlten) Arbeit wird sich ändern. Eine Diskussion zu diesen Fragen und zu Lösungen, die nicht die bisher propagierten Phrasen („Es muß ein Ruck gehen durch unser Volk“) beinhalten, muß angestoßen werden. Dazu ist Bildung im weitesten Sinne notwendig. Solange nur 5 % der Berechtigten Bildungsurlaub machen und sich mit gesellschaftspolitischen Fragestellungen unabhängig von ihrem Job und nicht auf „Stammtisch“-Niveau beschäftigen, solange werden die meisten Menschen den Informationen der Politiker und der Medien ausgeliefert sein und nichts entgegenzusetzen haben.

Wer Lust auf Bildung hat, der findet in Gewerkschaftszeitungen, in der taz und bei Personal- und Betriebsräten Informationen über Bildungsveranstaltungen und Veranstalter.

Ich habe „meinen“ Bildungsurlaubsseminar in einem Veranstaltungsprogramm der Friedrich-Ebert-Stiftung (Julius-Leber-Forum, Rathausmarkt 5, 20095 Hamburg, Tel. 040 32 58 74 21, Fax: 040 32 58 74 30) gefunden. Die Heimvolksschule Göhrde bietet in ihrem Jahresprogramm viele interessante (nicht nur Bildungs-) Seminare (Bildungszentrum Jagdschloß Göhrde e.V., 29473 Göhrde Tel. 05855 413 oder 465, Fax: 05855 533).

Udo Puteanus

Qualitätsmanagement bei den Inspektionen

Arzneimittelqualität und deren Überwachung

Vertrauen durch Sicherheit - Anstrengungen eines Bundeslandes

Die Sicherheit des Produkts Arzneimittel überwachen in Deutschland verschiedene staatliche Institutionen. So ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Zulassung und die Risikobewertung verantwortlich, während sich die Landesbehörden um die Überwachung der herstellenden Betriebe, den Vertrieb und die Durchführung von risikomindernden Maßnahmen kümmern. Grundlage ist das Arzneimittelgesetz, das diese Trennung in der Überwachung des Arzneimittelverkehrs auf der Grundlage der verfassungsrechtlichen Verankerung des Föderalismus festschreibt. Welche derzeitigen Themen die oberste Landesgesundheitsbehörde NRW (Gesundheitsministerium) auf diesem Gebiet beschäftigen, soll mit diesem Artikel aufgezeichnet werden.

Nichts ist so gut, als daß es nicht noch besser gemacht werden könnte. Nach diesem Grundsatz bemüht sich das Land NRW, auf dem Gebiet des Arzneimittelverkehrs die Überwachung und Sicherheit der Produkte zu optimieren. Dabei stehen folgende Fragen zur Zeit im Vordergrund: Welche Maßnahmen innerhalb Nordrhein-Westfalens müssen ergriffen werden, um die Inspektionen bei den pharmazeutischen Herstellern - auch bei den Apotheken - zu verbessern, wie kann die Sicherheit von Arzneimitteln im Sinne einer Risikominimierung bei der Anwendung von Arzneimitteln erhöht werden und welche Initiativen sind auf den Ebenen der Bundesrepublik, der EU und international notwendig?

Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen

Teaminspektionen

Zur Optimierung der Überwachung der pharmazeutischen Betriebe stehen verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten

auf der Tagesordnung. Die in der Vergangenheit durch einzelne Überwachungsbeamte der Bezirksregierungen durchgeführten Inspektionen werden nicht mehr allein, sondern im Team durchgeführt. Aus der Erkenntnis, daß eine einzelne Person nur unzureichend in der Lage ist, alle relevanten Vorgänge angemessen zu überprüfen und wesentliche Mängel festzustellen, werden nur noch Teaminspektionen, bestehend aus mehreren Überwachungsbeamten, durchgeführt.

Bei der Zusammensetzung der Teams wird dabei auf spezielle Qualifikationen Wert gelegt, damit die Inspektion der besonderen Situation des jeweiligen Unternehmens gerecht wird. Zudem sollen Fragen, die sich während des Inspektionsprozesses ergeben, mit dem jeweiligen Spezialisten partnerschaftlich geklärt werden. Letztlich dient die Einrichtung der Teaminspektionen auch der Vertrauensbildung gegenüber der Bevölkerung, um gar nicht erst den Verdacht aufkommen zu lassen, bei den Inspektionen könne, in welcher Form auch immer, gekungelt werden.

Heute reicht es nicht mehr aus, die Überwachungsmaßnahmen nach einem mehr oder weniger zufällig ablaufenden Schema durchzuführen. Statt dessen müssen speziell vorher festgelegte Abläufe eingehalten werden. Jeder einzelne Schritt ist vorgegeben und wird anschließend dokumentiert. Dieses Vorgehen ist notwendig, um Qualitätsstandards der Überwachung zu erreichen und Ergebnisse miteinander vergleichen zu können. Ähnliches ist ja auch aus den Diskussionen über die Zertifizierung nach DIN-ISO- oder EN-Normen (auch bei Apotheken) bekannt. Zur Zeit werden entsprechende Inspektionspläne erarbeitet und umgesetzt. Gleiches gilt für die anschließend verfaßten Berichte.

Um die Qualität der Produkte auch tatsächlich bewerten zu können, entnehmen die Überwachungsbeamten Proben und reichen sie an die staatliche Arzneimitteluntersuchungsstelle ein, wo sie nach den Arzneibuchmethoden auf Qualität, wie z.B. Gehalt, Verunreinigungen und Deklaration, hin untersucht werden. Auch diese Untersuchungen werden heute nicht mehr ohne Qualitätssicherungssystem durchgeführt. Jedes Untersuchungsverfahren ist standardisiert durchzuführen und muß bestimmten Kriterien genügen. Die Dokumentation erfolgt ebenfalls nach vorgegebenen Verfahren. Aus diesem Grunde sind in der Arzneimitteluntersuchungsstelle derzeit Standard-Verfahrensvorschriften (SOP) erarbeitet worden, die auf Grundlage validierter Verfahren eine lückenlose Vorgehensweise bei jeder Untersuchung dokumentieren sollen. Als nächster Schritt ist die Akkreditierung geplant.

Fortbildung

Standardisierung der Methoden allein reicht aber nicht aus, um die Qualität der eigenen Arbeit auf den neuesten Stand des Wissens zu halten. Deshalb müssen alle Inspektoren der Bezirks-

regierungen und die Wissenschaftler der Untersuchungsstelle ihr Wissen weiterentwickeln und jährlich die Teilnahme an ausreichend vielen und qualitativ hochstehenden Fortbildungen nachweisen.

Erst eine auf diesem hohen Niveau erfolgte staatliche Überwachung kann ihre Ziele erreichen: hohe Produktsicherheit zum Schutz der Verbraucher und Vertrauen der Bevölkerung in die Qualität der Arzneimittel.

Auf andere Bundesländer positiv ausstrahlen

Wird der Schutz der Verbraucher als das Ziel einer obersten Landesgesundheitsbehörde definiert, reicht es bei Arzneimitteln nicht aus, nur die in der eigenen Region hergestellten Arzneimittel auf Qualität zu untersuchen. Denn die weitaus meisten Arzneimittel, die in einem Bundesland konsumiert werden, sind Importe aus anderen Bundesländern oder anderen Ländern innerhalb und außerhalb der EU. Deshalb ist es ein Ziel, durch die Vorteile eines qualitätsgesicherten Überwachungssystem auch andere Länder für ein ähnliches Vorgehen zu begeistern.

Inzwischen existieren verschiedene Arbeitsgruppen auf der Ebene der Bundesländer, der Ebene der EU und darüber hinaus, die sich mit unterschiedlichen Facetten dieser Fragen auseinandersetzen und eine Vereinheitlichung des Überwachungssystem anstreben.

Zentrale Koordinierungsstelle

Um die Überwachungsmaßnahmen in Deutschland in Zukunft noch besser koordinieren zu können, versuchen die Bundesländer zur Zeit eine zentrale Stelle der Länder in Bonn zu errichten. Hier sollen bundesweite Aktionen zusammenlaufen und gemeinsame Leitlinien erarbeitet werden. Diese Stelle soll später zudem Ansprechpartner für EU-Angelegenheiten der Überwachung des Arzneimittelverkehrs werden und

Inspektionsteams aus Deutschland vorschlagen.

Solange eine solche zentrale Stelle noch nicht existiert - ein entsprechender Staatsvertrag zwischen den Bundesländern wird zur Zeit noch ausgehandelt - übernimmt Nordrhein-Westfalen die wichtigsten und unaufschiebbaren Koordinierungsfunktionen im Auftrag der anderen Bundesländer.

Da zur Zeit auf der Ebene der EU an der Harmonisierung des Überwachungssystem gearbeitet wird, müssen die Bundesländer zunächst die gemeinsamen Vorstellungen erarbeiten. Dabei gilt der Grundsatz: je einheitlicher sich die deutschen Überwachungsmaßnahmen nach außen darstellen und je besser die Qualität der Überwachung ist, desto glaubwürdiger können die deutschen Vorstellungen innerhalb der EU vertreten werden.

International Vertrauen schaffen

Die Globalisierung der Märkte fordert Überwachungssysteme, die möglichst in allen Teilen der Welt verbindlich gelten und auch gelebt werden. Gerade die USA, aber auch Kanada und Japan zweifeln zur Zeit noch sehr an der Effektivität des Systems der Europäer, zumal sie inzwischen durch den EU-Harmonisierungsprozeß nicht sicher sein können, ob Ware eines bestimmten EU-Landes auch tatsächlich von diesem Land und unter den Bedingungen dieses Landes produziert wurden. Aus Wettbewerbsgründen wird deshalb größter Wert auf eine Vereinheitlichung der Überwachung auf hohem Niveau innerhalb der EU gelegt.

Der Prozeß der Qualitätssicherung der Überwachung wird inzwischen von den großen (meist im VFA organisierten) pharmazeutischen Herstellern vorbehaltlos akzeptiert und unterstützt, nicht zuletzt mit dem Hintergedanken, daß ein gutes Überwachungssystem den Produkten in den wesentlichen Märkten dieser Welt (Nordamerika, Japan,

Europa) bessere Marktchancen eröffnet. Zudem fallen bei gegenseitiger Anerkennung die Inspektionen durch ausländische Überwachungsbeamte (vor allem aus den USA) weg, die den Firmen bislang Arbeit und meist hohe Kosten verursachten.

Kleinere und nur für den nationalen Markt produzierende Firmen bewerten die Aktivitäten des Landes allerdings eher zurückhaltend.

Arzneimittelsicherheit

Deutschland ist auf dem Gebiet der Erfassung und frühzeitigen Bewertung von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen im internationalen Vergleich nur Mittelmaß. Es fehlt an einem System, das schnell sichere Aussagen über neue, bislang unbekannt und schwerwiegende Nebenwirkungen ermöglicht. Informationen über neue und wichtige Nebenwirkungen kommen meist aus anderen Ländern und können im besten Fall mit den in Deutschland vorliegenden Meldungen verglichen werden. Andere Länder haben inzwischen ihr System weiter perfektioniert, während man in Deutschland immer noch allein auf das ineffiziente Spontanerfassungssystem durch niedergelassene Ärzte und Apotheker setzt. Zu viel unwichtiges wird gemeldet, es fehlen ausreichend genaue Informationen, zu selten wird der/die einzelne Arzt/Ärztin oder der/die einzelne Apotheker/Apothekerin mit einer schwerwiegenden unerwünschten Wirkung konfrontiert, so daß sie diese nicht erkennen oder nicht richtig einschätzen können.

Um hier ein Stück voranzukommen, untersucht seit 1987 das Institut für klinische Pharmakologie am Zentral-Krankenhaus St. Jürgen Straße im Land Bremen unter der Leitung von Prof. Schönhöfer alle eingewiesenen Patienten auf die Fragen hin, welche Arzneimittel hat der Patient vor der Einweisung eingenommen, und könnte eine unerwünschte Arzneimittelwirkung Ursache für die Erkrankung sein? Ver-

gleichbare Systeme existieren auch in anderen Ländern der EU und haben sich inzwischen bewährt.

Doch mit einem Modellprojekt dieser Art in Bremen allein ist es nicht getan. Um in etwa abschätzen zu können, wie häufig die bislang nicht bekannte und schwerwiegende Nebenwirkung auftritt, sollten in Deutschland mindestens 10 dieser Institute vorhanden sein, so die Meinung von Experten. Diese Menge würde die notwendigen Voraussetzungen dafür schaffen, um annähernd genaue Inzidenzwerte zu ermitteln und den notwendigen wissenschaftlichen Austausch innerhalb Deutschlands zu ermöglichen. Gelänge es dann noch, ein solides pharmakoepidemiologisches Register zu installieren, hätte man ein gutes und dem internationalen Niveau entsprechendes System.

Um diesem Ziel ein wenig näher zu kommen, gelang es in diesem Jahr, in Wuppertal ein vergleichbares Institut für klinische Pharmakologie aufzubauen. Ein zweites Institut in Nordrhein-Westfalen soll folgen. Es scheint aus finanziellen Gründen noch ein schwieriger Weg zu sein, bis das Ziel des skizzierten Sicherheitssystems erreicht ist. Doch die durch internationale Untersuchungen gestützte Vermutung, daß ca. 5000 bis 8000 Menschen pro Jahr in der Bundesrepublik an den Folgen einer unerwünschten Arzneimittelwirkung sterben, macht ein größeres Engagement unerlässlich.

Klinische Prüfung

In aller Welt wird beklagt, daß die deutsche klinische Forschung mit neuen Arzneimitteln weit hinter internationalem Niveau hinterherhinkt. Bei internationalen klinischen Studien würden deutsche Kliniken meist ausgespart, zu schlecht sei das Niveau der Prüfer und zu langsam würden die Voten der verschiedenen einzuschaltenden Ethik-Kommissionen vorliegen. Auch würden deutsche Arbeiten in internationalen Zeitschriften kaum mehr zitiert.

Bemühung von Seiten des Landes, die Qualität der Arbeit der Ethik-Kommissionen zu erhöhen sowie deren Arbeit zu beschleunigen, sind inzwischen angelaufen. Um die Qualität auf der Ebene der niedergelassenen Ärzte zu erhöhen und damit zusätzlich einen wesentlichen Beitrag zum gesundheitlichen Verbraucherschutz zu leisten, haben die Amtsapotheker/innen bei den Städten und Kreisen die Überwachung dieser Ärzte übernommen. In einem kollegialen Gespräch sollen dabei den Ärzten die notwendig einzuhaltenden Voraussetzungen nahegebracht werden. Besonderes Gewicht wird auf die umfassende Aufklärung der Patienten gelegt.

Die Bezirksregierungen haben den Auftrag, die rechtlichen Grundlagen der klinischen Prüfung beim Hersteller und den Krankenhäusern zu überwachen.

Verbesserungen auf den Gebieten Hersteller-Überwachung, der Arzneimittel-

sicherheit und der Klinischen Prüfung lassen sich nicht von heute auf morgen durchsetzen. Inzwischen sind jedoch wichtige Maßnahmen in die Wege geleitet worden und haben Anerkennung gefunden. Widerstände von Seiten der Industrie sind insoweit fallengelassen worden, als exportierende Firmen erkannt haben, daß ein hohes Qualitätsniveau den geschäftlichen Interessen auf den internationalen Märkten mehr Nutzen bringt als es Kosten verursacht.

Ausblick

Die internationalen Verflechtungen lassen jedoch neue Probleme entstehen, die in Zukunft verstärkt in Angriff genommen werden müssen. So muß mehr auf die Qualität der importierten Rohstoffe Wert gelegt werden. Auch der internationale Versandhandel von Rohstoffen und Arzneimitteln bedarf einer genauen Beobachtung, um das erreichte und noch anzustrebende Niveau der Produktqualität nicht zu gefährden. In diesem Sinne geht der Stoff für weitere qualitätssichernde Maßnahmen nicht aus.

Wer kennt die neue Adresse von:

Elvira Baumann
Hauptstr. 15
10827 Berlin

Jutta Scharnick
Verdener Str. 16
28205 Bremen

Christiane Förster
Leibnizstr. 35
Berlin

Petra Reifschläger
Brühlstr. 2
88048 Friedrichshagen

Norbert Plöger
Coubertin 83
48301 Nottuln

Joachim Maske
Saling 15
20595 Hamburg

Hubert Mues
Ahornstr. 7
59557 Lippstadt



Wolfgang Richter

Erfahrungen mit dem ZDF

Anfang Mai 97 erhielt ich einen Anruf einer ZDF-Redakteurin, ob ich bereit wäre, ein Interview zum Thema Positivliste zu geben. Sie hatte wohl schon mehrere Absagen bekommen, da kein Apotheker bereit war, sich zustimmend dazu zu äußern. Ich erklärte ihr, daß auch ich nur eine differenzierte Meinung zu dem Thema abgeben würde. Sie war trotzdem einverstanden. Wir führten noch 2 weitere Telefongespräche, insgesamt ca. 2 Stunden. Ich habe versucht, die Problematik verständlich und ausführlich zu schildern, da sie offensichtlich wenig Sachkenntnis hatte. Außerdem habe ich dann noch einige aktuelle Artikel und Statistiken nach Mainz gefaxt. Mitte Mai sollten die Aufnahmen in der Apotheke gemacht und am Vorabend vor der Verabschiedung der NOG's gesendet werden. Mir war klar, daß es nur 2-3 Minuten der 45 minütigen Sendung werden würden. Am Tag vor den Aufnahmen rief sie mich an, daß sie auf jeden Fall auch einen der Ärzte aus dem Haus bei dem Interview mit dabei haben mochte. Die Ärzte wollten nicht. Sie verwiesen auf die Zuständigkeit der KV Hessen. Dessen Büro in Darmstadt sagte, als Interview-Partner käme nur der KV-Chef Bausch infrage, man müsse sich bei der Landes-KV in Wiesbaden um einen Termin bemühen. Das war mir zu blöd. Das Fernseh-Team kam mit 5 Mitarbeitern und einer Praktikantin und blieb 2 Stunden. Ein Teil der Aufnahmen wur-

de mit der Praktikantin „getürkt“. Sie konnten dann doch noch den Gynäkologen kurzfristig überreden, mitzumachen. Er war natürlich nur teilweise in die Materie eingeweiht. Seine Äußerungen, die dann gesendet wurden, werde ich mir später immer mal wieder vorspielen, wenn der Frust über die Zusammenarbeit mal wieder besonders groß ist. Von dem Interview, das ca. 30 Minuten dauerte wurden nur einige wenige Sätze verwendet, die gut in den Tenor der Sendung paßten. Sie versuchten dann noch ein paar kritische Äußerungen von Kunden einzufangen, die gerade ihre Rezepte eingelöst hatten und die nun über die neue Zuzahlung informiert wurden. Als diese Antworten eher resigniert wirkten, hörte ich die Sätze: Die sind alle viel zu zahm hier. Komm, wir fahren nach Frankfurt und holen uns, was wir brauchen. Das ist für mich auch das Fazit der Aktion: Selbst Sendungen wie diese, die vorgeben, den Zuschauer kritisch zu informieren, haben höchstens einen gewissen Unterhaltungswert. Der Aufwand ist riesengroß, es werden aber nur ein paar Rosinen aus dem Kuchen gepickt, damit es eine leicht verdauliche Unterhaltung wird. Fragt mal einen Kunden am Tag nach solch einer Sendung was er davon behalten hat. Ich bin um eine Erfahrung reicher (auch wenn ich den Verlauf der Geschichte schon geahnt hatte), das nächste Interview darf gerne jemand anders geben.

ZDF 11.6.97 21 Uhr: Mit Rotstift und Skalpell

(...)

Off.. Im hessischen Riedstadt arbeiten Apotheker und Ärzte gemeinsam an einer Liste sinnvoller und preiswerter Medikamente. Apotheker Wolfgang Richter meint, eine bundesweite Positivliste sei wohl politisch und juristisch nicht mehr drin und wurde außerdem die Naturmedizin ausschließen. Aber es müsse doch nicht sein, daß er 5 Schubladen mit dem immer gleichen Wirkstoff Diclofenac gegen Rheuma und Schmerzen führen muß. Das wollen er und die Ärzte im Haus ändern. Sie wollen die Medikamentenflut eingrenzen, aber die Patienten sollen nicht darunter leiden.

Wolfgang R.: Das soll den Patienten vor Ort am meisten bringen. Sie sollen eine sinnvolle, qualitativ gute Versorgung bekommen sowohl in der ärztlichen Betreuung als auch durch die verordneten Arzneimittel

Jürgen L.):* Wir versuchen die Menge der Arzneimittel deutlich zu reduzieren und einzugrenzen und das nach wirtschaftlichen und nach Qualitätsgesichtspunkten.

Reporterin: Das heißt also, daß Sie das, was als Positivliste umstritten war, sich selbst erarbeiten.

Jürgen L.: Ja, nach diesen Kriterien

Off.. (sinngemäß) Die hessische KV hat durch ihre Qualitätszirkel wirksam die Arzneikosten gesenkt Die Teilnahme an dieser Fortbildung ist aber freiwillig, keine Verpflichtung aus Bonn.

(...)

*) Jürgen L. = der Gynäkologe

Isabella Sulger

Vorstandstreffen vom 15. Juni 1997 in Kassel

Ort: bei Ildiko Szasz und Michael Höckel, Parkstr. 47, 34119 Kassel

Anwesend: Udo Ament, Jürgen Große (bis 14 Uhr), Thomas Hammer, Isabella Sulger; Entschuldigt: Frauke Leitzbach-Blomes

Vorläufige Tagesordnung

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens
4. Bericht aus der Geschäftsstelle
5. Kassenbericht
6. Berichte aus den Regionen
7. Herbstseminar
8. Frauenseminar
9. Mitgliederversammlung 1998
10. Dritte Stufe der Gesundheitsreform
11. Netzwerk
12. Rundbrief
13. Öffentlichkeitsarbeit
14. Verschiedenes

Beginn: 10 Uhr

TOP 1: Versammlungsleitung und Protokollführung

Udo Ament wird einstimmig zum Versammlungsleiter, Isabella Sulger zur Protokollführerin gewählt.

TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

In die vorläufige Tagesordnung wird nach TOP 3 der TOP 4, Beschlußkontrolle eingefügt, TOP 4 bis 8 rück-

wärts jeweils eine Position weiter. Unter dem neuen TOP 10 wird der Apothekertag behandelt. Als neuer TOP 13 wird die Positivliste eingefügt, die geänderte Tagesordnung enthält 17 TOP's.

TOP 3: Genehmigung des Protokolls

Das Protokoll der letzten Vorstandssitzung wird mit geringfügigen Änderungen angenommen.

TOP 4: Beschlußkontrolle

Laut TOP 7 hat Ulf Thomas einen Kostenvorschlag für die Erstellung einer Homepage im Internet erstellt. Demnach fallen 400 DM für &e Instadatio 50 DM bei der Telekom sowie 10 DM laufende Kosten pro Monat an. Wegen der Programmfortschreibung (siehe TOP 8) nimmt Thomas Hammer Kontakt zu Katja Lorenz oder Regina Schumann auf.

TOP 5: Bericht aus der Geschäftsstelle

Vom VDÄÄ, VESA, der Koordination gegen Bayer, der Buko Pharmakampagne sowie der Internationalen Abrüstungskampagne sind Informationen eingegangen. Thomas Hammer stellt die Thesen von Thomas Ruprecht (VDÄÄ) zu „Rationalisierungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen“ (vgl. VDÄÄ Rundbrief April/97, S. 21) vor. Da sich einige Punkte auch auf Apotheken beziehen, die wir nicht teilen, wird die Regionalgruppe Hamburg darauf reagieren.

Im Ökotestheft (Heft 6, Juni 97) wurde ein Artikel über billige Arzneimittel veröffentlicht, in dem auch Jürgen Große zu Wort kam.

Das Koordinationsbüro von „Kein Patent auf Leben“ weist in seinem Rundbrief auf das zwanzigjährige Bestehen des Europäischen Patentamtes in München (5. u. 6. Oktober 1997) hin. Zu diesem Anlaß stehen Briefe über Patentierung und biotechnologische Erfindungen an EuropaparlamentarierInnen zur Verfügung. Für eine Gegenveranstaltung werden noch Sponsoren gesucht, die mindestens 500 DM stiften sollen, um auf Plakaten und Handzetteln als Mitveranstalter genannt zu werden. Der Vorstand beschließt, daß wir nichts spenden wollen.

Alle Hamburger Apotheken haben über Gehe die Zeitung Apocalyptus der Pharmaziestudierenden erhalten. Udo Ament wird einen Artikel über den VDPP und das Netzwerk an deren Redaktion schicken.

TOP 6: Kassenbericht (Udo Ament)

Der letzte Rundbrief wurde finanziert, das Vereinsvermögen hat um 400 DM abgenommen, und in den letzten zwei Monaten deckten die Beiträge nicht mehr die Vereinskosten ab.

TOP 7: Bericht aus den Regionen

Udo Ament berichtet über die Hauptthemen „Vernetzte Praxen“ und „Spargesetze“ des letzten Treffens in Hessen. Im Ried läuft das Projekt „Vernetzte Praxen“ ohne Apotheken. Weiterhin wurde über die Folgen der erhöhten Zuzahlung diskutiert. Es werden Verluste für die Apotheken erwartet, falls die PatientInnen nicht mehr alle Rezepte einlösen. Listen greifen nach Meinung der Regionalgruppe nicht. Das nächste Treffen findet im Jur statt. In Hamburg soll es anläßlich der neuen Zuzahlungsbedingungen ab 1. Juli eine Verlautbarung an die Hamburger Apotheken geben.

TOP 8: Herbstseminar

Ende Juni stellt sich heraus, ob in der VHS in der Nähe der Quartiere im Hotel Schanzenstern getagt werden kann. Als Rahmenprogramm könnten wir am Sonntag eine alternative Hafentour besuchen. Bernd Rehberg wird gefragt, ob er die Moderation übernimmt. Rosenbrock und Deppe können beide nicht zum angesetzten Termin. Als Referenten stehen Gerd Glaeske und Professor Badura zur Verfügung. Gerd Glaeske soll über die sozialen Folgen der Spargesetze bezüglich des Arzneimittelsektors berichten und inwieweit rationale Pharmakotherapie möglich ist. Weitere Punkte könnten rationale Maßnahmen und Schutz des Kranken / der Kranken in der Selbstmedikation sein. Professor Badura wäre mehr für die PatientInnenansicht zuständig. Deshalb könnte die Hamburger Verbraucherinitiative eingeladen werden. Badura könnte die Rolle des/der PatientIn in der Gesellschaft erläutern, die Veränderungen durch die NOG' sowie Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen und Aufgaben der LeistungsanbieterInnen aufzeigen. Isabella Sulger kontaktiert Udo Puteanus zur Konkretisierung unserer Ideen, der wiederum Badura informieren soll.

Von Ulrike Faber wird als Thema für das nächste Herbstseminar „Kritische Bewertung von klinischen Studien“ vorgeschlagen.

TOP 10: Frauenseminar 97

Isabella Sulger berichtet über das Frauenseminar in Berlin. Da in einem der folgenden Rundbriefe eine Sonderbeilage über Hormone (at 4/95) aus dem

Arznei-telegramm im Anhang über den Bericht des Frauenseminars abgedruckt werden soll, fragt Isabella Sulger beim Arznei-telegramm wegen der Genehmigung nach. Für das nächste Frauenseminar, das voraussichtlich am 16.-17.5.1998 im Berliner Frauengesundheitszentrum stattfinden wird, stellt der Vorstand für drei Referentinnen 900 DM zur Verfügung.

TOP 11: Apothekertag

Es wurde diskutiert, ob am Apothekertag in Düsseldorf (1@ 19 Oktober 1997) ein Treffen mit dem Forum Leipzig stattfinden könnte. Das letzte Treffen des Forum fand auf der Interpharm statt. Thematisiert wurden die ABDA Thesen und welche Forderungen der Angestellten sich daraus ergeben. Das nächste Treffen des Forum Leipzigs findet am 13.7. 1997 in Kassel statt.

TOP 12 Mitgliederversammlung 98

Ein Vorschlag für den inhaltlichen Teil der nächsten MV wäre die Beschäftigung mit der europäischen Zulassungspraxis, genauer gesagt mit der Transparenz und Verantwortlichkeit in der Arzneimittelkontrolle europaweit. Dabei sollte auch auf die Geheimhaltung von Studien eingegangen werden. Ein weiterer Vorschlag sieht die Beleuchtung von Modellversuchen vor.

TOP 13: 3. Stufe GSG

Einige der Regionalgruppe Hessen halten eine Positivliste zur Qualitätssicherung nur dann für sinnvoll, wenn keine Firmennamen genannt werden. Wenn &e Handelsnamen der Arzneimittel genannt werden, resultiert ihrer Mei-

nung nach nur eine reine Kostenersparnis daraus.

Isabella Sulger erstellt stichwortartig eine Kopiervorlage für den Rundbrief über die neuen Zuzahlungsregelungen, Härtefallgrenzen und Rückerstattungsmöglichkeiten.

TOP 14: Netzwerk

Es gibt nichts neues. Die ERFA-Gruppe trifft sich, es ist aber noch keine neue Netzwerkgruppe installiert.

TOP 15: Rundbrief

Udo Ament schlägt ein dreispaltiges Format wie im Buko Pharma-Brief vor, das weniger Platz einnimmt als unser Layout.

Tor 16: Öffentlichkeitsarbeit

Wird vertagt auf die nächste Sitzung Udo Ament schreibt eine Vorlage zur Ausschreibung der Öffentlichkeitsarbeitsstelle, die nach Diskussion beim nächsten Vorstand im Rundbrief veröffentlicht werden soll.

TOP 17: Verschiedenes

Thomas Hammer schlägt als TOP für den nächsten Vorstand die Beschäftigung mit den Tarifen des sächsischen Apothekerverbandes vor und verteilt einen Artikel aus der DAZ. Das nächste Treffen findet am 27. Juli 1997 in Kassel statt.

Sitzungsende: 17 Uhr

Thomas Hammer

Back to Europe - Back to Bismarck

Buchbesprechung

Hans Ulrich Deppe, Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen, VAS 1996, ISBN 3-88864-229-9

Mitten in die sommerliche Sauregurkenzeit schlug am 1. Juli die Erhöhung der „Selbstbeteiligung“ für Arzneimittel wie der Blitz eines Sommergewitters ein. In der Apotheke fanden hitzige Diskussionen statt und selbst den eingefleischten Parteigängern der Regierungskoalition dämmerte es nun, daß im Seehoferschen Gesundheitswesen nur wenig Platz ist für den Solidaritätsgedanken, der in den vergangenen Jahrzehnten im Gesundheitswesen der BRD selbstverständlich zu sein schien. Dennoch ist die Entwicklung hin zu mehr „Selbstverantwortung“ und „Subsidiarität“ nicht ganz neu.

Hans Ulrich Deppe hat seit vielen Jahren die Veränderungen im Gesundheitswesen sowohl wissenschaftlich als Professor für medizinische Soziologie als auch publizistisch in unzähligen Artikeln analysiert. Sein Buch mit dem etwas spröden Titel „Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen“ beinhaltet eine Sammlung verschiedener Beiträge, die der Autor zwischen 1986 und 1996 verfaßt hat, wobei der Großteil jüngerer Datums ist. Einiges ist für dieses Buch überarbeitet und ergänzt worden. Schwerpunkte sind die Themenbereiche Krankheit und soziale Verantwortung, die Ärzteopposition in den 80er Jahren, die Transformation der sozialistischen Gesundheitssysteme und die Auswirkung der westeuropäischen Integration auf die Krankenversorgung.

Im Vorwort seines Buches faßt Hans Ulrich Deppe den Inhalt folgendermaßen zusammen: „In dem Komplex „Krankheit und soziale Verantwortung“ geht es um ethische Probleme, die sich aus der neoliberalen Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens ergeben und einen Richtungswechsel in der sozialen Krankenversorgung ansteuern. Meine Ausführungen zur „Ärzteopposition“ beziehen sich auf die 80er Jahre. Sie sollen zeigen, daß sich diese Gruppe im Gesundheitswesen schon frühzeitig mit der Problematik des Sozialabbaus beschäftigt. Und beim Abschnitt über die „Transformation sozialistischer Gesundheitssysteme“ handelt es sich vor allem um öffentliche Stellungnahmen, die in dem Prozeß der Transformation, der heute noch keineswegs abgeschlossen ist, entstanden sind. Es werden dabei Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser Entwicklung herausgearbeitet. Die Abhandlungen sollen insgesamt dazu beitragen, transparent zu machen, welche Auswirkungen der amorphe Prozeß der ökonomischen Globalisierung und die geopolitischen Veränderungen auf die jeweiligen Gesundheitssysteme haben, wie sie davon verinnahmt werden und welche Interessen sich durchsetzen.“ (Seite 5)

Alles in allem handelt es sich um ein auch für den Laien sehr lesenswertes Buch, da es dem Autor gelingt, den Leser kurz und bündig zu informieren. Selbst das englisch verfaßte Kapitel „Back to Europe - Back to Bismarck“ stellt keine Hürde dar, das Buch in die Hand zu nehmen, da es dazu eine deutsche Zusammenfassung gibt.

Achtung! Achtung!
Mitgliedsbeitrag
1997
bitte sofort
überweisen!
Kto.Nr. 200 47 - 105,
BLZ 100 100 10,
Postgiroamt Berlin

Apotheke in Hamburg
zu verkaufen!

Umsatz:
ca. 2 Millionen.

InteressentInnen bitte
melden bei:

Bernd Rehberg
Neptun-Apotheke
Telefon:
040 - 64 20 22 00

Dokumentation

Der Dokumentationsteil beginnt mit der Wiedergabe eines Beitrags über Hormonsubstitution in den Wechseljahren, den wir einer arznei-telegramm-Sonderbeilage von April 1995 entnommen haben und der als Ergänzung zur Berichterstattung über das Frauenseminar gedacht ist.

Es folgt der Entwurf eines „Memorandums zur aktuellen Gesundheitspolitik“ vom VDÄÄ, entnommen dem VDÄÄ-Rundbrief vom April 1997. Die die Pharmazie betreffenden Passagen wurden von den VDPP-Vorstand und von der hamburger Regionalgruppe mehrfach kritisch diskutiert. Das Ergebnis dieser Diskussionen wurde von Jürgen Große dezidiert aufgelistet und folgt dem Memorandum.

Anschließend ein Beitrag von Horst Schmitthener (Vorstandsmitglied der IG-Metall) zum Dauerbrenner-Thema „Selbstkostenbeteiligung“ aus dem letzten Mabuse (Juli/August 1997).

Es folgt ein Aufruf der Kampagne „Nie wieder!“, die sich die Auflösung der IG-Farben und die Verwendung deren Kapitals für die Entschädigung der ehemaligen IG-Farben-ZwangsarbeiterInnen zum Ziel gesetzt hat.

Zum Abschluß bitten wir noch einmal darum, den neuerlichen Hilferuf der BUKO-Pharmakampagne zu beachten.

Informationsdienst für Ärzte und Apotheker
Neutral, unabhängig und anzeigefrei

Sonderbeilage

Arzt-Telegraph

FAKTEN UND VERGLEICHE FÜR DIE RATIONALE THERAPIE

April 1995

4/95

Nach möglicherweise erfolgreicher symptomatischer Behandlung von Wechseljahresbeschwerden mit Sexualhormonen stehen Frauen vor der Frage, ob sie nun der Natur freien Lauf lassen oder aber eine Dauermedikation mit Östrogenen bevorzugen sollen. Die herrschende Meinung in deutschen medizinischen Journalen erklärt die unbehandelte Postmenopause für einen potentiell pathologischen Zustand, der sich nur durch Hormonsubstitution bis ins Senium erträglich gestalten läßt.

Der Appell ans Gesundheitsbewußtsein erfaßt selbst Tageszeitungen mit seriösem Renommee wie die Süddeutsche Zeitung: „Über die Bedeutung der Ernährung und körperlichen Aktivität sind die Frauen gut aufgeklärt;

aber eine Hormonbehandlung wollen viele nicht akzeptieren.“ Dabei soll diese „einer Osteoporose am besten vorbeugen“ (SZ vom 23. Febr. 1995).

Übersichtsartikel, die die international kontrovers geführte Diskussion zu Nutzen und Risiken der vorbeugenden Langzeiteinnahme von Sexualhormonen widerspiegeln, scheinen hierzulande wenig genehm zu sein. Eine große medizinische Wochenschrift lehnte die Publikation des in dieser Beilage veröffentlichten Non-Konsensus-Beitrags ab. Dabei stellen die Autoren der kritischen Stellungnahme nur den medizinischen Erkenntnisstand so dar, wie er sich gegenwärtig aus der Diskussion des Faktischen ergibt, –Red.

In Diskussion

LANGZEITTHERAPIE MIT SEXUALHORMONEN ZUR KRANKHEITSVORHÜTUNG UND LEBENSVERLÄNGERUNG IN DER POSTMENOPAUSE

Offene Fragen und Kontroversen unter besonderer Berücksichtigung des Diabetes mellitus

Ingrid Mühlhauser, Renate Kimmmerle, Michael Berger

Klinik für Stoffwechselerkrankungen und Ernährung (WHO-Collaborating Centre for Diabetes), Heinrich-Heine Universität Düsseldorf *

Zusammenfassend kann die Kritik an einer Langzeittherapie mit Sexualhormonen in der Postmenopause zur Krankheitsvorhütung und Lebensverlängerung folgendermaßen dargestellt werden: Kontrollierte Interventionsstudien mit den Endpunkten Herzinfarkte, Schenkelhalsfrakturen, Endometrium- und Mammakarzinome und Mortalität liegen zur Zeit nicht vor. Drei randomisierte Studien zur präventiven Hormontherapie mit Beobachtungszeiten von drei bis zu neun Jahren wurden kürzlich in den USA begonnen.⁶⁹ Ergebnisse werden somit erst in einigen Jahren zur Verfügung stehen. Die Validität der verfügbaren Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien ist aufgrund der Selektionsproblematik und des Compliance-Phänomens zugunsten einer Dauerbehandlung von gesünderen

Frauen in einem nicht beurteilbaren Ausmaß eingeschränkt. Langzeitstudien für verschiedene Hormonkombinationen, Hormonpräparate und -dosierungen fehlen. Für eine präventive Langzeit-Behandlung von Frauen in der Postmenopause mit Hormonen zur Verringerung der kardiovaskulären Morbidität gibt es derzeit keine naturwissenschaftliche Grundlage. Wegen der möglichen Gefahren, Nebenwirkungen und Kosten ist ein derartiger medikamentöser Ansatz zur Dauerprävention von Herz-Kreislaufkrankungen in der weiblichen Bevölkerung in der Postmenopause zur Zeit abzulehnen.

Am Beispiel des Diabetes mellitus wurde gezeigt, daß die Erkenntnislage zu möglichen erwünschten und unerwünschten Wirkungen einer Hormontherapie besonders bei Hochrisikogruppen für kardiovaskuläre Erkrankungen limitiert und widersprüchlich ist. Die Durchführung einer Sexualhormon-Behandlung zur Prävention von kardiovaskulären und Skelett-Erkrankungen und zur Lebensverlängerung ist bei Patientinnen mit Diabetes mellitus zur Zeit nicht vertretbar.

Die Information von Ärzten und Frauen über eine präventive Langzeit-Hormonbehandlung sollte eine verständliche und umfassende Darstellung nicht nur der hypothetischen positiven Wirkungen, sondern auch möglicher unerwünschter Wirkungen beinhalten.

Während der letzten zwei Jahre wurden im Deutschen Ärzteblatt mehrere Konsensuspapiere^{58,59,62} und andere Berichte¹⁰⁶ zur Therapie mit Östrogenen/Gestagenen in der Menopause und Postmenopause publiziert, die über die Behandlung von Menopausebeschwerden hinaus die präventive Langzeit-Behandlung möglichst aller Frauen ab dem Zeitpunkt der Menopause fordern. Die Autoren

* Adresse: Priv.-Doz. Dr. med. Ingrid Mühlhauser, Dr. med. Renate Kimmmerle, Prof. Dr. med. Michael Berger, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Klinik für Stoffwechselerkrankungen und Ernährung, Moorenstraße 5, D-40225 Düsseldorf

gehen sogar soweit, die Ärzteschaft dazu aufzufordern, die vom Bundesgesundheitsamt (BGA) vorgegebenen und in den Beipackzetteln aufgeführten Kontraindikationen zu ignorieren.^{58,59,62} Die offenen Fragen und die internationale Kontroverse zur präventiven Langzeit-Hormontherapie werden dabei nicht erwähnt oder geleugnet. Dagegen wird ein Konsensus präsentiert, der weitere Diskussionen beenden soll: Die deutschen Frauen sollen nicht verunsichert und verängstigt werden. Die Schuld für die bisher noch nicht ausreichend weite Verbreitung der Hormontherapie wird den Beipackzetteln und dem Bundesgesundheitsamt zugeschrieben. Diese werden verantwortlich gemacht für: „Verunsicherung der Frauen“, „Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patientin“, mit den Folgen „häufige Ablehnung der Substitution bzw. ihre vorzeitige Beendigung“ und „weitreichende und langfristige Konsequenzen für die Gesundheit der Frauen“, sowie schließlich „ungünstige Auswirkungen auf die Prävention von Volkskrankheiten wie Osteoporose, Atherosklerose und Herzinfarkt“ und „sinnlose Vergeudung privater und öffentlicher Gelder“. Als eine mögliche Lösung für das Problem der Beipackzettel wird angeboten: „in einigen Ländern gibt es sie gar nicht“.⁶² Erreicht das Eifern ein derartiges Ausmaß, drängt sich der Verdacht auf, daß es im Gegensatz zu dem vorgetragenen Konsensus sehr wohl eine Kontroverse zu diesem Thema gibt.⁹⁵ In der Tat wird die präventive Langzeittherapie mit Östrogenen/Gestagenen in der internationalen Literatur außerordentlich kontrovers diskutiert.^{12,33,37,63,83,89,99,102,103}

Der Wunsch der Öffentlichkeit nach objektiver und verständlicher Information ist groß. Sowohl Ärzteschaft als auch die Frauen wollen in ausgewogener Weise über Nutzen und Risiko einer Behandlung informiert werden. Nur so können sie eine sog. informierte Entscheidung („informed decision“) treffen.³¹ Eine informierte Entscheidung kann durchaus auch eine Ablehnung einer Empfehlung bedeuten. Die umfassende und nachvollziehbare Darstellung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses wird besonders dann gefordert, wenn es um die medikamentöse Langzeitbehandlung einer gesunden Bevölkerungsgruppe zum Ziel einer Primär-Prävention geht. Die ethisch-moralischen Aspekte einer solchen Intervention erfordern eine öffentliche Diskussion und dürfen nicht von einer selbsternannten Gruppe sog. Experten für die Betroffenen entschieden werden.^{31,94-96}

Frauen mit Diabetes mellitus haben ein sehr hohes kardiovaskuläres Risiko und wären aus diesem Grund nach den erwähnten Empfehlungen besonders für eine präventive Hormontherapie geeignet. Andererseits galt bisher gerade der Diabetes mit seinen vaskulären Komplikationen als eine absolute bzw. relative Kontraindikation für eine Hormonbehandlung. In diesem Artikel sollen verschiedene Aspekte der Kontroverse um die präventive Langzeit-Hormonbehandlung von Frauen in der Postmenopause mit besonderer Berücksichtigung der Risiko-Konstellation des Diabetes mellitus dargestellt werden. Es soll beispielhaft aufgezeigt werden, in welcher Form Ärzte und Frauen über den hypothetischen Nutzen und die Risiken einer solchen Behandlung informiert werden könnten.

Langzeittherapie mit Sexualhormonen zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen

Was wird in Aussicht gestellt? In den erwähnten deutschen (Konsensus)publikationen^{58,59,62,106} wird eine Primär- und Sekundär-Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen durch die Langzeit-Hormontherapie in der Postmenopause postuliert und propagiert. So heißt es unter anderem: „Durch ihre Wirkungen auf den Fettstoffwechsel und die Gefäße verhindern Östrogene in hohem

Maße die Atherosklerose“; „bei ausreichend hohen Östrogenspiegeln ist ein ungünstiger Effekt der Gestagene auch bei bestehenden Herz-/Kreislauferkrankungen – nicht zu erwarten“; „Im Gegenteil, für einige dieser (im Beipackzettel als Kontraindikationen aufgeführten – Ergänzung der Autoren) Krankheiten besteht geradezu eine Indikation zur Anwendung natürlicher Östrogene, gegebenenfalls in Kombination mit einem Gestagen, zum Beispiel Bluthochdruck, Herz-/Kreislauferkrankungen und Fettstoffwechselstörungen (Typ II und III)“.⁵⁸ „Am Nutzen postmenopausaler Östrogensubstitution zur kardiovaskulären Protektion gibt es keinen Zweifel“,¹⁰⁶ „Östrogene in Substitutionsdosen senken den Blutdruck und bewirken keine Gewichtszunahme“.⁶² Ein Expertengremium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie stellte 1988 fest: „Keine Kontraindikation besteht bei Hypertonus, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Varikosis“.²⁶

Was sind die Fakten? 1. Kontrollierte Interventionsstudien fehlen: Aufgrund von Metaanalysen (= „pooling“ von vielen Studien) wurde gefolgert, daß das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen für Frauen, die jemals Östrogene eingenommen hatten, um 35-45% (relativ %) reduziert war.³⁶ Diese Metaanalysen basieren ausschließlich auf epidemiologischen Observationsstudien (Kohortenstudien, Querschnittsuntersuchungen, Fall-Kontroll-Studien). Solche Studien sind nicht geeignet, die Effektivität einer Behandlung nachzuweisen.⁹¹ Ein solcher Beweis kann nur durch prospektive randomisierte Interventionsstudien erfolgen. Die einzige kontrollierte randomisierte Studie zum Einfluß einer Östrogenbehandlung zur Sekundär-Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen erfolgte bei Männern im Coronary Drug Project.²²⁻²⁴ In dieser Studie wurden Männer im Alter zwischen 30 und 65 Jahren mit Zustand nach Myokardinfarkt untersucht. Zur Cholesterinsenkung erhielt eine Studien-Gruppe 5 mg und eine zweite Gruppe 2,5 mg konjugierter Östrogene pro Tag. Die Studie mußte wegen schwerer unerwünschter Wirkungen abgebrochen werden. Trotz Cholesterinsenkung war es nach 18 Monaten unter 5 mg Östrogenen zu einer Zunahme von Myokardinfarkten um 100%, von Pulmonalembolien um 300% und der Letalität um fast 20% gekommen. Auch unter 2,5 mg Östrogen waren Nebenwirkungen häufiger als unter Placebo. Obwohl diese Untersuchung bei Männern durchgeführt wurde und die verwendeten Hormondosen um das 3- bis 5fache höher lagen, als sie zur Behandlung von Frauen in der Postmenopause verwendet werden, darf sie hier nicht unberücksichtigt bleiben, da auch jetzt wieder Hormontherapien gerade für jene Frauen gefordert werden, die ein ähnliches Risikofaktorenprofil haben wie die Männer im Coronary-Drug-Project, und zwar ohne daß kontrollierte Interventionsstudien vorliegen.

2. Behandlungs-Selektion in epidemiologischen Studien: Durch Metaanalysen wird die Aussagekraft von epidemiologischen Untersuchungen zur präventiven Hormontherapie nicht verbessert, wenn die gepoolten Studien den Fehler der Nicht-Vergleichbarkeit der Gruppen teilen. So werden gesündere Frauen häufiger mit Hormonen behandelt als kranke Frauen.^{12,33,83,89,102} Dafür sprechen folgende Beobachtungen:

Bisher galten kardiovaskuläre Erkrankungen als absolute oder relative Kontraindikationen für eine Verabreichung von Hormonen, sei es in Form der Antikonzeptiva, aber auch bei der deutlich niedriger dosierten Hormonbehandlung in der (Post-)menopause. Dies könnte ein Grund dafür sein, daß in den großen amerikanischen Kohortenstudien bei Frauen, die in der (Post-)Menopause Hormone einnahmen, weniger häufig als bei anderen Frauen ein Diabetes oder eine Hypertonie vorlagen.^{25,66,77.}

^{98,101,109} In fast allen epidemiologischen Studien unterschieden sich Frauen, die Hormone einnahmen, durch eine Vielzahl weiterer Merkmale von Frauen ohne Hormontherapie, so z.B. durch einen höheren Sozialstatus, höheres Einkommen, höhere Schulbildung, gesundheitsbewußteres Leben, häufigere Arztbesuche, mehr sportliche Betätigung, höheren Alkoholkonsum, niedrigeres Körpergewicht mit niedrigerer waist-to-hip-ratio und weniger Begleiterkrankungen.^{8,12,18,33,66,77,83,88, 102,109} Alles dies sind wohlbekannte Faktoren, die unabhängig von jeglicher Hormontherapie mit einem niedrigeren kardiovaskulären und Mortalitäts-Risiko verbunden sind. Auch schon vor der Hormonbehandlung wiesen Frauen, die mit Hormonen behandelt wurden, bezüglich der klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren ein günstigeres Profil auf als Frauen ohne eine solche Behandlung.^{11,18,25,109} In der Framingham-Studie wurden die Assoziationen zwischen Östrogeneinnahme und kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität bei 1234 Frauen über eine Dauer von 8 Jahren untersucht.^{27,34,107,108} Frauen mit Östrogentherapie hatten einen niedrigeren Blutdruck, ein niedrigeres Gewicht und niedrigere Cholesterinwerte, und zwar nicht nur während der Östrogeneinnahme, sondern auch schon vorher. Trotzdem hatten in dieser Studie Frauen mit Östrogentherapie eine signifikant erhöhte kardiovaskuläre Morbidität und mehr Schlaganfälle.^{107,108} Das Risiko war besonders hoch für rauchende Frauen.¹⁰⁷ Heute wird argumentiert, daß die Östrogentherapie damals zu hoch dosiert wurde.⁹⁸ Andererseits haben diese Studien dazu beigetragen, bereits bestehende kardiovaskuläre Erkrankungen und Zigarettenrauchen als (relative) Kontraindikationen für eine Hormontherapie einzustufen.

Auch andere Befunde sprechen für eine selektionierte Behandlung relativ gesünder Frauen mit Östrogenen. So zeigt sich immer wieder, daß nicht nur die kardiovaskuläre Morbidität bei Frauen mit Hormonbehandlung niedriger ist, sondern auch die Gesamtmortalität und die Karzinom-Mortalität,^{83,103} z.B. im Lipid Research Clinics Program¹⁷ oder der Rancho-Bernardo Studie.²⁵

Wie sich die geforderte Behandlung auch von Frauen mit bereits bestehenden kardiovaskulären Erkrankungen bzw. thromboembolischen Komplikationen auswirken wird, kann derzeit nicht beurteilt werden. Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen wurden aus vielen Studien bzw. Analysen dieser Studien ausgeschlossen.^{98,77} Auch fehlen adäquate Informationen zur Sicherheit einer Langzeittherapie mit Sexualhormonen bei Frauen über 60 Jahren.

Eine Indikation zur Anwendung von Östrogenen oder Östrogen-Gestagen-Präparaten als Antihypertensiva oder als Medikamente zur Sekundärprävention nach Myokardinfarkt, vergleichbar etwa den Betablockern oder der Azetylsalicylsäure, gibt es bisher nicht.

3. Gesichtspunkte zur Bedeutung der „compliance“: Frauen, die (langfristig) eine Therapie mit Sexualhormonen durchführen, repräsentieren eine selektionierte Gruppe. Sie werden als „compliant“ bezeichnet und jenen Frauen gegenübergestellt, die eine Hormontherapie (entgegen ärztlicher Empfehlungen) gar nicht erst beginnen oder vorzeitig abbrechen. Die postulierte Protektion der Östrogentherapie wird von solchen Kohorten von Frauen abgeleitet, die zur Hormontherapie „compliant“ sind. Die causa für diese zunächst rein statistische Assoziation mag jedoch eine ganz andere sein als protektive Effekte der Östrogene. Dafür sprechen Erkenntnisse der Compliance- und Placebo-Forschung.^{91,94,97} Eine bemerkenswerte Beobachtung verdanken wir dem bereits erwähnten Coronary Drug Project, einer prospektiven randomisierten Interventionsstudie, in der die Effekte ver-

schiedener Medikamente auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität bei Männern untersucht wurden.²³

Ein wesentliches Studienergebnis war, daß der Lipidsenker Clofibrat im Vergleich zu Placebo keine positiven Effekte hatte.²² In beiden Studiengruppen betrug die 5-Jahres-Mortalität 20 bis 21%. In einer post-hoc Analyse wurde geprüft, ob nicht doch positive Effekte zumindest bei jenen Patienten zu beobachten wären, die zur Einnahme von Clofibrat „compliant“ waren. Tatsächlich fand sich bei diesen Studienteilnehmern eine um etwa 40-50% niedrigere Mortalität als bei Personen, die die Clofibrat-Therapie vorzeitig beendet hatten bzw. unterdosiert hatten. Vollständig unerwartet war jedoch, daß dieselben Ergebnisse auch für die Placebogruppe zutrafen, d.h. Studienteilnehmer, die zur Einnahme von Placebo „compliant“ waren, hatten ebenfalls eine um 40-50% niedrigere Mortalität als Personen, die die Placebo-Therapie vorzeitig beendet hatten bzw. unterdosiert hatten.²² Ein ähnliches Phänomen zeigte sich auch im sog. Beta Blocker Heart Attack Trial.⁵¹

Erklärungen für dieses Phänomen sind spekulativ. Eine mögliche Erklärung könnte folgende sein: Nimmt man an, daß tatsächlich weder Untersuchern noch Studienteilnehmern bekannt war, wer die Testsubstanz (Verum) und wer Placebo erhielt, werden in beiden Patientengruppen die gleichen Faktoren wirksam, die die Compliance zur Einnahme eines Medikaments bedingen. Eine hohe Compliance wird von jenen Patienten erreicht, die nicht nur bei Beginn, sondern auch während der gesamten Studienzzeit davon ausgehen, daß die Medikamenteneinnahme für sie von Nutzen ist. Dieser Motivationsaspekt bleibt erhalten, solange sich die Patienten gesund und wohl fühlen und unter dem Eindruck stehen, das Medikament helfe und schade nicht. Dies gilt sowohl für Verum als auch für Placebo. In dem Augenblick, in dem Studienteilnehmer jedoch Beschwerden oder Komplikationen entwickeln, wird der Glaube (von Patienten, Angehörigen, Ärzten) an das Medikament erschüttert, eventuell werden die Beschwerden sogar darauf zurückgeführt und die Medikamente, egal ob Verum oder Placebo, werden nicht mehr regelmäßig genommen oder abgesetzt. Dazu gehören dann vermehrt jene Patienten, die trotz Verum oder Placebo kardiovaskuläre Komplikationen entwickeln und folglich auch eine höhere Mortalität haben. Dieser Mechanismus könnte gerade für Studien zur Langzeitbehandlung mit Östrogenen besonders relevant sein. Frauen, die sich gesund fühlen, weil sie gesund sind und es auch bleiben, mit oder ohne Östrogene, werden aus präventiven Gründen eher langfristig Hormone einnehmen als Frauen, die sich krank fühlen und Symptome entwickeln, gleichgültig ob diese auf die Hormontherapie oder auf unabhängig davon auftretende Erkrankungen zurückzuführen sind. In Kohortenstudien werden daher Frauen, die langfristig Östrogene einnehmen, als gesünder imponieren, auch wenn kein Kausalzusammenhang zwischen Östrogeneinnahme und dem Gesundheitszustand der Frauen besteht.

4. Problematik der Übertragbarkeit von Studienergebnissen aus den USA: Die meisten Untersuchungen aus den USA beziehen sich auf die Verwendung von natürlichen konjugierten Östrogenen. Die alleinige Verwendung von Östrogen ist aber in Deutschland wegen des Risikos des Endometriumkarzinoms nur bei Frauen nach Hysterektomie gestattet.⁴ Statt dessen sind Östrogen-Gestagen-Kombinationen zu verwenden. Zu diesen Kombinationsbehandlungen liegen jedoch nur wenige und widersprüchliche Untersuchungen vor.^{29,84,88,89} Da für Gestagene ungünstige Effekte auf Glukose- und Lipid-Stoffwechsel und Blutdruck beschrieben wurden,^{32,28,49} könnten die postulierten positiven Wirkungen einer reinen

Östrogentherapie durch eine Kombination mit Gestagenen abgeschwächt oder aufgehoben werden.^{33,36,83,89,102} Während in den USA überwiegend Kombinationen aus natürlichen konjugierten Östrogenen und Medroxyprogesteron, einem Progesteron-Abkömmling, verwendet werden,^{47,90} gibt es in Europa Präferenzen für Östrogene wie Estradiol und Estradiolvalerat und für synthetische Gestagene, die sich vom Testosteron ableiten, wie Norethisteronacetat, Levonorgestrel, Norgestrel.⁹³ Langzeit-Wirkungen und -Sicherheit der vorwiegend in Europa verwendeten Östrogene und Gestagene sind noch weniger bekannt als jener Präparate, die in den amerikanischen Studien verwendet wurden. Langzeit-Untersuchungen zu den in Deutschland zunehmend populären Hormonpflastern⁹³ auf kardiovaskuläre Komplikationen fehlen vollständig. Auch unterschiedliche Dosierungen und Kombinationen der Hormone, z.B. kontinuierliche versus zyklische Verabreichung, könnten sich langfristig sehr unterschiedlich auf Herz-Kreislaufkomplikationen auswirken.^{89,102}

Hormontherapie zur Prävention der Osteoporose

Was wird in Aussicht gestellt? „Die Osteoporose kann verhindert werden“.⁵⁹ Es wird impliziert, daß alle – vor allen Dingen die sturzabhängigen – Frakturen, einschließlich Vertebrafrakturen, Radius- und Humerusfrakturen und die besonders gefürchteten Oberschenkelhalsfrakturen verhindert werden können.

Was sind die Fakten? Randomisierte Studien über bis zu 10 Jahre zeigen, daß die Knochendichte durch Östrogentherapie erhalten bleibt.⁶³ Kontrollierte Studien zur Inzidenz von Oberschenkelhalsfrakturen fehlen. Aufgrund epidemiologischer Studien wurde gefolgert, daß es unter Östrogentherapie zu 25-50% weniger Frakturen kommt. Diese Beobachtungen wurden an relativ jungen Frauen (meist unter 75 Jahre) gemacht und sind nicht ohne weiteres auf ältere Frauen übertragbar.⁶³ Mehr als 80% der Frakturen treten jedoch erst bei über 75jährigen Personen auf. Der Knochendichte-erhaltende Effekt der Östrogene ist zudem nur solange nachweisbar, wie die Behandlung durchgeführt wird. So zeigte sich in der Framingham-Studie bei über 75 Jahre alten Frauen, daß, selbst wenn 10 Jahre oder länger Östrogene eingenommen, danach aber abgesetzt wurden, die aktuelle Knochendichte nicht höher war als bei Frauen, die nie Östrogene eingenommen hatten.³⁰ Auch bei Frauen mit prämenopausaler Oophorektomie zeigte sich 4 Jahre nach Beendigung der Östrogen-Substitutionstherapie eine Knochendichte wie bei Placebobehandlung.⁶⁴ Um Knochenbrüche im hohen Alter durch eine Östrogentherapie zu verhindern, müßte diese also postmenopausal lebenslang durchgeführt werden. Die heute durchzuführende kombinierte Östrogen-Gestagentherapie ist vergleichsweise wenig untersucht; gleichwohl wird postuliert, daß auch unter dieser Behandlung die Knochendichte erhalten bleibt und Knochenbrüche verhindert werden können.^{1,20,39,87}

Im folgenden soll an einem Beispiel gezeigt werden, wie im Rahmen einer ausgewogenen Information für Ärzteschaft und Frauen der Zusammenhang zwischen Östrogentherapie und Prävention von Oberschenkelhalsfrakturen verdeutlicht werden könnte (Tabelle 1 und Abb. 1). Die Darstellung bezieht sich auf verschiedene Publikationen.^{36,63} Demnach ist für eine 45jährige Frau das Lebenszeitrisiko für eine Oberschenkelhalsfraktur 3%, wenn sie 75 Jahre alt wird, und 11%, wenn sie 85 Jahre alt wird. Von 100 45jährigen Frauen, die das 85. Lebensjahr erreichen, werden somit 11 eine Fraktur erleiden, 89 jedoch nicht. Schätzungen zufolge können Oberschenkelhalsfrakturen durch eine Östrogentherapie bis zu 50% reduziert

werden. Abb. 2 zeigt diese hypothetischen Effekte einer Östrogentherapie. Der Berechnung zugrunde gelegt wurde eine kontinuierliche Östrogenbehandlung über 30 Jahre. Demnach würden 5 bis 6 Frauen tatsächlich die Oberschenkelhalsfraktur verhindert haben, entsprechend einer Reduktion um 50%, 5 bis 6 Frauen würden aber trotzdem eine Oberschenkelhalsfraktur erleiden, und 89 Frauen hätten zwar 30 Jahre lang präventiv die Hormontherapie durchgeführt, hätten aber ohnehin niemals eine Oberschenkelhalsfraktur bekommen.

Es ist derzeit kaum möglich, für die einzelne Frau das Risiko vorherzusagen, ob sie Knochenbrüche erleiden wird oder nicht. Genetische Faktoren scheinen eine wichtige Rolle zu spielen^{72,73} und sind ein zusätzliches Argument gegen den undifferenzierten Einsatz der präventiven Hormontherapie bei der Gesamtbevölkerung der Frauen. Die Densitometrie als Screeningverfahren ist außerhalb von Hochrisiko-Populationen ungeeignet^{46,63,60,75} und verursacht durch ihren unkritischen Masseneinsatz durch zahlreiche falsch positive Diagnosen vielfältige Probleme. Dazu gehören Ängste bei den betroffenen Frauen, von den Kosten für die Versicherungsträger ganz zu schweigen. Diese Art der Verängstigung, verbunden mit möglicherweise unnötiger (medikamentöser) Behandlung und nicht gerechtfertigter Bindung an medizinische Institutionen, muß der vermeintlichen Verunsicherung der Bevölkerung durch umfassende Information über Wirkungen und Nebenwirkungen der präventiven Hormontherapie entgegengehalten werden.

Zur ausgewogenen Information gehört auch die Darstellung alternativer Möglichkeiten zur Prävention der

Abbildung 1: Hypothetisches Risiko für eine Oberschenkelhalsfraktur für eine 45jährige Frau ohne Östrogentherapie (mod. nach^{36,63})

100 Frauen, 45 Jahre alt 30 Jahre ohne Östrogentherapie	
mit 75 Jahren	
3 Frauen mit Fraktur	97 Frauen ohne Fraktur
mit 85 Jahren	
11 Frauen mit Fraktur	89 Frauen ohne Fraktur

Abbildung 2: Hypothetisches Risiko für eine Oberschenkelhalsfraktur für eine 45jährige Frau mit Östrogentherapie über 30 Jahre (mod. nach^{36,63})

100 Frauen, 45 Jahre alt 30 Jahre mit Östrogentherapie*		
mit 75 Jahren		
1,5 Frakturen trotz Östrogentherapie	1,5 Frakturen verhindert	97 Frauen sowieso keine Frakturen, aber Östrogentherapie
mit 85 Jahren		
5,5 Frakturen trotz Östrogentherapie	5,5 Frakturen verhindert	89 Frauen sowieso keine Frakturen, aber Östrogentherapie

* Annahmen: 1.: Das 85. Lebensjahr wird erreicht; 2.: Östrogene werden 30 Jahre lang eingenommen; 3.: 50% Verminderung der Frakturen.

Tabelle 1: Hypothetisches Risiko für eine Oberschenkelhalsfraktur für eine 45jährige Person (mod. nach⁶³)

Alter	Wahrscheinlichkeit – kumulativ	
	Männer (%)	Frauen (%)
bis zum 65. Lj.	0,5	1
bis zum 75. Lj.	2	3
bis zum 85. Lj.	5	11
bis zum 90. Lj.	11	22
Lebenszeitrisiko	5	15 (Tod 1,5)

Osteoporose und von Oberschenkelhalsfrakturen.^{19,38,61,63, 86} Starkes Zigarettenrauchen antagonisiert die Wirkungen von Östrogen und führt zu einem beschleunigten Knochenabbau auch schon in der Prämenopause.^{56,63} Das Sturzrisiko im hohen Alter hängt vor allen Dingen von Faktoren ab, die von der Osteoporose und auch von deren Therapie oder Prävention völlig unabhängig sind, z. B. Sehstörungen, neurologische Erkrankungen, Gehstörungen durch Gon- und Coxarthrosen, Morbus Parkinson, Z. n. Apoplex, Alkohol, Psychopharmaka, aber auch Verwendung ungeeigneter Bodenbeläge in Wohnungen und Altenheimen. Zu den wichtigsten vermeidbaren Ursachen für Brüche im höheren Lebensalter zählen Immobilisation und die Verwendung von Tranquilizern oder Schlafmitteln.⁶³ Außerdem kann den Frauen (und Männern) in Aussicht gestellt werden, daß sie, sollten sie tatsächlich ein hohes Lebensalter erreichen, auch dann noch wirksam Oberschenkelhalsfrakturen verhindern können, z.B. durch einen Hüftgelenksschutz.⁶¹

Mammakarzinom und Endometriumkarzinom als Nebenwirkungen der Therapie mit Sexualhormonen

Was wird in Aussicht gestellt? „Es gibt keinen Beweis ... für eine Erhöhung des Risikos eines Mammakarzinoms durch eine Östrogen-Gestagen-Substitution“.⁵⁸ „Nur für die allmonatliche sequentielle Östrogen-Gestagen-Substitution und für die kombinierte Östrogen-Gestagenzufuhr ist nachgewiesen, daß das Risiko des Endometriumkarzinoms nicht erhöht ist“; „bei Östrogen-Monotherapie (ohne Gestagenzusatz) und eine in Abständen (von 3 bis 6 Monaten) gegebene Gestagenzufuhr wurde das bisher nicht nachgewiesen“.⁶¹

Was sind die Fakten? Tatsächlich gibt es keinen Beweis durch eine kontrollierte prospektive Interventionsstudie für eine Erhöhung des Risikos eines Mammakarzinoms durch eine Östrogen- oder Östrogen-Gestagen-Behandlung in der (Post-)Menopause. Allerdings gibt es Observationsstudien und Fall-Kontroll-Studien einschließlich Meta-Analysen, die einen solchen Zusammenhang zeigen.^{14,21,36,100} Damit wird die Frage nach der Beweis-pflicht entscheidend. Diese ist eindeutig zu beantworten: Die Protagonisten der Hormontherapie müssen den Beweis erbringen, daß diese Behandlung das Karzinomrisiko nicht erhöht. Dies ist um so mehr zu fordern, als die Hormontherapie eine präventive Intervention darstellt, die bei gesunden Frauen erfolgen soll und deren positive Effekte auf Morbidität und Mortalität hypothetisch sind, da kontrollierte Interventionsstudien mit diesen Endpunkten fehlen.

Aufgrund epidemiologischer Analysen nimmt die Häufigkeit des Mammakarzinoms in den USA unerwartet rasch zu. Seit 1940 stieg die Inzidenz des Mammakarzinoms kontinuierlich um 1% pro Jahr an, Mitte der 80er Jahre gab es jedoch einen abrupten Anstieg, die Zunahme hatte 1987 4% pro Jahr erreichen.⁶⁷ In den USA muß zur

Zeit eine von 8 Frauen, die das 80. Lebensjahr erreichen, damit rechnen, daß bei ihr ein Mammakarzinom diagnostiziert wird. Die Ursachen für die Zunahme des Mammakarzinoms sind nicht bekannt. Sie können jedenfalls nicht nur durch eine verbesserte Diagnostik erklärt werden. Aktuelle Hypothesen konzentrieren sich (wieder) auf die Östrogene als wesentliche Risikofaktoren für das Mammakarzinom.⁶⁷ In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, daß auch das Körpergewicht der AmerikanerInnen deutlich zugenommen hat, was zu einem Anstieg der Östrogenspiegel geführt haben dürfte.⁵⁷ Zusätzlich ist zu berücksichtigen, daß sich in den USA derzeit Millionen Frauen mit Hormonen behandeln.^{47,90} Aufgrund dieser Beobachtungen wäre ein kausaler Zusammenhang zwischen der Zunahme der Mammakarzinome und der zunehmenden Verbreitung der Hormontherapie denkbar.

Epidemiologische Untersuchungen einschließlich Metaanalysen zum Mammakarzinomrisiko unter Hormontherapie kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen.^{21,36, 48,100} Für Frauen, die aktuell mit Östrogenen behandelt werden, wurde ein um 25%³⁶ bis 40%²¹ erhöhtes Risiko errechnet und für eine Hormontherapie von mehr als 10 bis 15 Jahren ein um 20% bis 30% erhöhtes Risiko.^{36,100} Neue Östrogene und Östrogen-Gestagen-Therapien sind kaum untersucht.⁴⁸ In einer epidemiologischen Studie aus Schweden wurden unter Östrogen-Gestagen-Therapie Erhöhungen des Mammakarzinomrisikos bis auf 440% (um das 4,4 fache) gefunden.¹⁴ Frauen mit starkem Übergewicht entwickeln häufiger ein Mammakarzinom als schlanke Frauen.⁹² Eine zusätzliche Risikoerhöhung um nur 25% bis 40% durch eine Hormontherapie würde bei diesen Frauen zu einer deutlichen Zunahme des Mammakarzinoms in Absolutzahlen führen.

Das Lebenszeit-Risiko, ein Endometriumkarzinom zu entwickeln, beträgt für eine 50-jährige Frau 2,6%.³⁶ Das Risiko erhöht sich mit zunehmender Dauer der Östrogen-therapie und erreicht nach 8 Jahren 822% (relativ) entsprechend einem Lebenszeitrisiko von 21% (absolut).³⁶ Aus diesem Grund müssen heute Östrogene mit Gestagenen kombiniert werden, wenn die Frauen nicht hysterektomiert sind. Für die kombinierte Östrogen-Gestagen-therapie nimmt man an, daß das Lebenszeitrisiko für das Endometriumkarzinom nicht erhöht ist,³⁶ obwohl es auch hierzu widersprüchliche Mitteilungen gibt.¹⁰⁴

Andere (Neben-)Wirkungen der Hormontherapie

Was wird in Aussicht gestellt? „Atrophische Veränderungen am Urogenitaltrakt und deren Folgeerscheinungen ... werden durch Östrogen-therapie beseitigt. Funktionelle Blasenstörungen lassen sich günstig beeinflussen“; „... vorteilhafte Auswirkungen auf Haut und Schleimhäute (Mund, Nase, Auge), ... haben günstige Wirkungen auf Muskel und Gelenke, es kommt zur Besserung von Myalgien und Arthralgien ...“; „Nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit sind von einer angemessenen (in Bezug worauf – die postulierten präventiven Effekte oder Verhinderung von unerwünschten Nebenwirkungen? – Anmerkung der Autoren) Substitution mit Östrogenen und Gestagenen nicht zu erwarten“.⁵⁸ „... die Überwachung des Endometriums mit der Messung der Dicke der Gebärmutter-schleimhaut ist eine wertvolle Hilfe ... ist das Endometrium hoch und die Struktur irregulär oder treten atypische verstärkte und verlängerte Blutungen auf, so ist eine Abrasio erforderlich“.⁶² „Manche Frauen vertragen orale Gestagene nicht, fühlen sich unter Gestagenzusatz schlechter oder zeigen unerwünschte Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, depressive Verstimmungen, Brustspannung“.⁶²

Tabelle 2: Hypothetisches Lebenszeitrisiko für koronare Herzkrankheit (KHK) und Lebenserwartung für eine 50jährige Frau mit Langzeithormontherapie (mod. nach³⁶)

	Lebenszeitrisiko		
	bei durchschnittlichem KHK-Risiko	bei erhöhtem KHK-Risiko	bei manifester KHK
Keine Hormone			
Frauen mit KHK (%)	46,2	71,2	83,9
Lebenserwartung (J.)	82,8	79,6	76,0
Östrogene			
Frauen mit KHK (%)	34,4	59,6	76,4
Lebenserwartung (J.)	83,9	81,1	78,1
Östrogene+Gestagene*			
Frauen mit KHK (%)	39,0	64,4	79,4
Lebenserwartung (J.)	82,9	80,2	76,9

Bei manifester KHK wurde das erneute Auftreten der KHK berechnet
 * Annahme: RR (= relatives Risiko) für KHK 0,8; RR für Mammakarzinom 2,0

Tabelle 3: Hypothetische Wirkungen einer Langzeithormontherapie in der Postmenopause für eine 50jährige Frau mit erhöhtem KHK-Risiko (mod. nach³⁶)

	Lebenszeitrisiko		
	keine Hormone	Östrogen	Östrogen + Gestagen
Koronare Herzkrankheit (% Frauen)	71	60	64
Oberschenkelhalsfraktur (% Frauen)	11	10	9
Endometriumkarzinom (% Frauen)	2	19	2
Mammakarzinom (% Frauen)	9	12	18
Lebenserwartung (Jahre)	79,6	81,1	80,2
Endometriumhyperplasie (% Frauen/Jahr)		15	
Blutungen (% Frauen/Jahr)		bis 40	bis 80
Endometriumbiopsien (empfohlen)		1x/Jahr bzw. bei Blutungen	bei irregulärer Blutung
Hysterektomie		>20%	?
Cholezystopathien+ektomien		2x häufiger	?
Urogenitalfunktion, Haut, Gelenke		?	?

Was sind die Fakten? Die positiven Wirkungen einer Langzeittherapie mit Sexualhormonen auf Haut und Gelenke sind angesichts der spärlichen Datenlage übertrieben. Diverse Phänomene mögen in experimentellen und Kurzzeit-Studien identifizierbar sein,^{15,44,65} langfristig sind klinisch relevante Wirkungen unbewiesen. Andernfalls müßten durch die Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes jene Frauen zu identifizieren sein, die mit Hormonen behandelt werden, wie dies z.B. bei Rauchern durchaus möglich ist.⁷¹ Entsprechende Untersuchungen liegen bisher nicht vor. Eine Indikation für Östrogene oder Gestagene als Antirheumatika gibt es nicht. Andererseits werden andere unerwünschte Nebenwirkungen der Hormontherapie häufig bagatellisiert. So ist es für viele Frauen nicht akzeptabel, wieder Blutungen zu bekommen, und ein wichtiges Argument gegen eine Hormontherapie.⁶ Die Bindung an den (Frauen)arzt und andere medizinische Institutionen zur „Überwachung“ und Durchführung diagnostischer Kontrollen (z.B. Endometriumbiopsie, Abrasio) ist ein negativer Aspekt dieser medikamentösen Langzeitbehandlung. Außerdem wird oft übersehen, daß unter der Östrogen-Gestagen-Therapie gerade jene Beschwerden auftreten können, die zu beseitigen durch eben diese Therapie avisiert wurde, wie depressive Verstimmungen,

Kopfschmerzen, Müdigkeit. Selten erwähnt werden andere mögliche Nebenwirkungen einer Hormontherapie, wie z.B. das auf das 2fache erhöhte Risiko einer Cholezystolithiasis.^{36,62}

Auswirkungen der Hormontherapie auf die Gesamt-Mortalität

Trotz einer hypothetischen Reduktion der kardiovaskulären Morbidität bis zu 50% verlängert sich die Lebenserwartung nicht oder nur wenig.^{36,35} Werden kardiovaskuläre Komplikationen vermieden oder hinausgezögert, manifestieren sich in der Zwischenzeit andere Erkrankungen. Tabelle 2 zeigt die hypothetischen Jahre an Lebensverlängerung durch Hormontherapie in der Postmenopause, wie sie in der Metaanalyse von Grady u. Ma. errechnet wurden.³⁶ Nochmals muß darauf hingewiesen werden, daß diesen Berechnungen ausschließlich Kohortenstudien und Fall-Kontroll-Studien zugrunde liegen und aus den bereits erwähnten Gründen die positiven Effekte wahrscheinlich deutlich überbewertet wurden. Doch selbst diese äußerst optimistische Darstellung zeigt, daß die hypothetischen Effekte auf die Lebenserwartung limitiert sind und es durchaus verständlich wäre, eine Therapie mit Sexualhormonen unter diesen Gesichtspunkten abzulehnen.⁷⁹ Tabelle 3 gibt schließlich eine Gesamtdarstellung möglicher vor- und nachteiliger Effekte einer präventiven Langzeittherapie mit Sexualhormonen in der Postmenopause. Die Beipackzettel könnten ähnliche Darstellungen des Nutzen-Risiko-Verhältnisses beinhalten.

Differenzierte Betrachtung der Effekte der Langzeittherapie mit Sexualhormonen bei Frauen mit Diabetes mellitus

Am Beispiel des Diabetes mellitus soll verdeutlicht werden, daß zur Zeit eine generelle Verordnung einer präventiven Langzeit-Hormontherapie in der Postmenopause, insbesondere bei Frauen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko, keinesfalls vertretbar ist. Frauen mit Diabetes mellitus wären zufolge der deutschen Konsensuspapiere besonders für eine solche Behandlung geeignet, da sie ein hohes kardiovaskuläres Risiko mit Fettstoffwechselstörungen und Hypertonie aufweisen.

Dem steht entgegen, daß es bisher keine Interventionsstudien bei Patientinnen mit Diabetes mellitus gibt.

Selbst aus Kohortenstudien und Fall-Kontroll-Studien wurden Frauen mit Diabetes mellitus häufig ausgeschlossen. Der Diabetes mellitus war bisher eine absolute oder relative Kontraindikation für die Behandlung mit Hormonen, vor allem wenn gleichzeitig andere kardiovaskuläre oder thromboembolische Risikofaktoren oder Erkrankungen vorlagen, wie Herzinfarkt, Hypertonie oder Rauchen.

Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus – kardiovaskuläre Komplikationen

Frauen mit Diabetes zeigen im Vergleich zu Männern nicht die relative kardiovaskuläre Protektion, wie sie bei jüngeren Frauen ohne Diabetes gefunden wird.^{12,80,85} Bei Typ 2 Diabetes sind allerdings bereits vor und bei Diagnose in einem hohen Prozentsatz andere kardiovaskuläre Risikofaktoren oder kardiovaskuläre Erkrankungen nachweisbar, unabhängig davon, ob der Diabetes prä- oder postmenopausal auftritt.^{43,85} Es gibt keinerlei Belege, daß die erhöhte kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität bei Typ 2 Diabetes mellitus, und insbesondere bei Frauen, auf einen Östrogenmangel zurückzuführen sind.^{2,7,43,78,80,85} Es liegen bisher auch keine Studien vor, die zeigen, daß die metabolische Stoffwechsellage oder die Hypertonie

der Patientinnen mit Diabetes langfristig durch eine Therapie mit Sexualhormonen günstig zu beeinflussen wären.^{2, 32,74,85} Hingegen spricht sehr viel dafür, daß Frauen mit Typ 2 Diabetes bei dem fast immer gleichzeitig bestehenden Übergewicht eher erhöhte Östrogenspiegel haben.^{10,53}

Bei Typ 1 Diabetes ist der wichtigste prognostische Faktor für die kardiovaskuläre Mortalität die diabetische Nephropathie. Die Prognose der Nephropathie einschließlich kardiovaskulärer Mortalität hängt neben der Blutglukoseeinstellung entscheidend vom Grad der Hypertoniekontrolle und vom Raucherstatus der Patientin ab.^{76,81} Von einer Behandlung mit Sexualhormonen im Stadium der Nephropathie wurde bisher abgeraten, und es liegen derzeit keinerlei Erkenntnisse darüber vor, daß ein gegenteiliges Vorgehen vertretbar wäre.

Über die möglichen langfristigen Auswirkungen unterschiedlicher Sexualhormonpräparate und Anwendungsformen auf Stoffwechsel und Blutdruck bei Diabetes ist nichts bekannt. Ein besonders ungünstiger Effekt auf die Triglyzeridwerte wäre denkbar.¹⁰⁵

Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus – Osteoporose

Bei schlechter Blutglukoseeinstellung und mikroangiopathischen Spätschäden wurde bei Patienten mit Typ 1 Diabetes im Vergleich zu Personen ohne Diabetes eine verminderte Knochendichte gefunden.^{5,55,68,69} Bei Frauen mit Typ 2 Diabetes wurde in verschiedenen Studien eine um etwa 10% erhöhte Knochendichte gefunden.^{10,13,53} Durch das typischerweise bestehende Übergewicht und die ohnehin eher hohe Knochendichte stellen diese Patientinnen eine Gruppe von Personen dar, die vor Osteoporose relativ geschützt erscheinen. Weder Typ 1 noch Typ 2 Diabetiker haben häufiger Knochenfrakturen als andere Menschen, sondern eher weniger.^{45,70} Aus diesem Grund und wegen der meist verkürzten Lebenserwartung, vor allem bei diabetischen Spätschäden, erscheint eine Hormon-Behandlung von Frauen mit Diabetes zur Vorbeugung osteoporotischer Knochenfrakturen noch weniger indiziert als bei Frauen ohne Diabetes.

Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus – Nebenwirkungen

Patientinnen mit Typ 2 Diabetes und Übergewicht leiden häufiger als andere Frauen an Cholezystolithiasis,^{42,52,54} und sie haben ein erhöhtes Risiko für Mammakarzinom und Endometriumkarzinom.^{16,41,50} Das theoretische Risiko einer Hormontherapie ist daher für diese Patientinnen besonders ungünstig.

- 1 Aloia, J. F., A. Vaswani, J. K. Yeh, P. L. Ross, E. Flaster, F. A. Dilmanian: Calcium supplementation with and without hormone replacement therapy to prevent postmenopausal bone loss. *Ann. Intern. Med.* **120** (1994) 97-103
- 2 American Diabetes Association: Role of cardiovascular risk factors in prevention and treatment of macrovascular disease in diabetes. *Diabetes Care* **12** (1989) 573-579
- 3 Andersson, B., P. Marin, L. Lissner, A. Vermeulen, P. Björntorp: Testosterone concentrations in women and men with NIDDM. *Diabetes Care* **17** (1994) 405-411
- 4 Arzneimittel zum Hormonsatz in den Wechseljahren. BGA ordnet Änderung von Fach- und Gebrauchsinformationen an. *Rhein. Ärztebl.* **47** (1993) 730
- 5 Auwerx, J., J. Dequeker, R. Bouillon, P. Geusens, J. Nijs: Mineral metabolism and bone mass at peripheral and axial skeleton in diabetes mellitus. *Diabetes* **37** (1988) 8-12
- 6 Barentsen, R., F. P. M. J. Groeneveld, F. P. Bareman, A. W. Hoes, H. J. Dokter, A. C. Drogendijk: Women's opinion on withdrawal bleeding with hormone replacement therapy. *Europ. J. Obstet. Gynecol.* **51** (1993) 203-207
- 7 Barrett-Connor, E., B. A. Cohn, D. L. Wingard, S. L. Edelstein: Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in men? *J. Am. Med. Ass.* **265** (1991) 627-631
- 8 Barrett-Connor, E., D. L. Winfarf, M. H. Criqui: Postmenopausal estrogen use and heart disease risk factors in the 1980s. *J. Am. Med. Ass.* **161** (1989) 2095-2100
- 9 Barrett-Connor, E., K.-T. Khaw, S. S. C. Yen: Endogenous sex hormone levels in older adult men with diabetes mellitus. *Am. J. Epidemiol.* **132** (1990) 895-901
- 10 Barrett-Connor, E., T. L. Holbrook: Sex differences in osteoporosis in older adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J. Am. Med. Ass.* **268** (1992) 3333-3337
- 11 Barrett-Connor, E., W. V. Brown, J. Turner, M. Austin, M. H. Criqui: Heart disease risk factors and hormone use in postmenopausal women. *J. Am. Med. Ass.* **241** (1979) 2167-2169
- 12 Barrett-Connor, E.: Postmenopausal estrogen and prevention bias. *Ann. Int. Med.* **115** (1991) 455-456
- 13 Bauer, D. C., W. S. Browner, J. A. Cauley, E. S. Orwoll, J. C. Scott, D. M. Black, J. L. Tao, S. R. Cummings: Factors associated with appendicular bone mass in older women. *Ann. Intern. Med.* **118** (1993) 657-665
- 14 Bergkvist, L., H.-O. Adami, I. Persson, R. Hoover, C. Schairer: The risk of breast cancer after estrogen and estrogen-progestin replacement. *N. Engl. J. Med.* **321** (1989) 293-297
- 15 Brincat, M., E. Versi, C. F. Moniz, A. Magos, J. de Trafford, W. W. Studd: Skin collagen changes in postmenopausal women receiving different regimens of estrogen therapy. *Obstet. Gynecol.* **70** (1987) 123-127
- 16 Brinton, L. A., R. N. Hoover: Estrogen replacement therapy and endometrial cancer risk: unresolved issues. *Obstet. Gynecol.* **81** (1993) 265-271
- 17 Bush, T. L., E. Barrett-Connor, L. D. Cowan, M. H. Criqui, R. B. Wallace, C. M. Suchindran, H. A. Tyroler, B. M. Rifkin: Cardiovascular mortality and noncontraceptive use of estrogen in women: results from the Lipid Research Clinics Program Follow-up Study. *Circulation* **75** (1987) 1102-1109
- 18 Cauley, J. A., S. R. Cummings, D. M. Black, S. R. Mascioli, D. G. Seeley: Prevalence and determinants of estrogen replacement therapy in elderly women. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **163** (1990) 1438-1444
- 19 Chapuy, M. C., M. E. Arlot, F. Duboeuf, J. Brun, B. Crouzet, S. Arnaud, P. D. Delmas, P. J. Meunier: Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *N. Engl. J. Med.* **327** (1992) 1637-1642
- 20 Christiansen, C., B. Juel Riis: 17 β -estradiol and continuous norethisterone: a unique treatment for established osteoporosis in elderly women. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* **71** (1990) 836-841
- 21 Colditz, G. A., K. M. Egan, M. J. Stampfer: Hormone replacement therapy and risk of breast cancer: results from epidemiological studies. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **168** (1993) 1473-1480
- 22 Coronary Drug Project Research Group: Influence of adherence to treatment and response of cholesterol on mortality in the coronary drug project. *N. Engl. J. Med.* **303** (1980) 1038-1041
- 23 Coronary Drug Project Research Group: The Coronary Drug Project. Initial findings leading to modifications of its research protocol. *J. Am. Med. Ass.* **214** (1970) 1303-1313
- 24 Coronary Drug Project Research Group: The Coronary Drug Project. Findings leading to discontinuation of the 2,5-mg/day estrogen group. *J. Am. Med. Ass.* **226** (1973) 652-657
- 25 Criqui, M. H., L. Suarez, E. Barrett-Connor, J. McPhillips, D. L. Wingard, C. Garland: Postmenopausal estrogen use and mortality. Results from a prospective study in a defined, homogenous community. *Am. J. Epidemiol.* **128** (1988) 606-614
- 26 Dören, M., H. P. G. Schneider: Klimakterium und Menopause. In Hesch, R. D. (Ed.): *Endokrinologie, Teil B Krankheitsbilder* (Urban & Schwarzenberg: München-Wien-Baltimore 1989), 1242-1254
- 27 Eaker, E. D., W. P. Castelli: Differential risk for coronary heart disease among women in the Framingham Study. In Eaker, E., B. Packard, N. Wenger, T. Clarkson, H. A. Tyroler (Eds.): *Coronary heart disease in women* (Haymarket Doyma: New York 1987), 122-130
- 28 Fahraeus, L., U. Larsson-Cohn, L. Wallentin: L-Norgestrel and progesterone have different influences on plasma lipoproteins. *Eur. J. Clin. Invest* **13** (1983) 447-453
- 29 Falkeborn, M., I. Persson, H.-O. Adami, R. Bergström, E. Eaker, H. Lithell, R. Mohsen, T. Naessén: The risk of acute myocardial infarction after oestrogen and oestrogen-progestogen replacement. *Br. J. Obstet. Gynecol.* **99** (1992) 821-828
- 30 Felson D. T., Y. Zhang, M. T. Hannan, D. P. Kiel, P. W. F. Wilson, J. J. Anderson: The effect of postmenopausal estrogen therapy on bone density in elderly women. *N. Engl. J. Med.* **329** (1993) 1141-1146
- 31 Forrow, L., S. A. Wartman, D. W. Brock: Science, ethics, and the making of clinical decisions. Implications for risk factor intervention. *J. Am. Med. Ass.* **259** (1988) 3161-3167
- 32 Godsland, I. F., K. Gangar, C. Walton, M. P. Cust, M. I. Whitehead, V. Wynn, J. C. Stevenson: Insulin resistance, secretion, and elimination in postmenopausal women receiving oral or transdermal hormone replacement therapy. *Metabolism* **42** (1993) 846-853
- 33 Goldman, L., A. N. A. Tosteson: Uncertainty about postmenopausal estrogen. Time for action, not debate. *N. Engl. J. Med.* **325** (1991) 800-802
- 34 Gordon, T., W. B. Kannel, M. C. Hjortland: Menopause and coronary heart disease. The Framingham Study. *Ann. Intern. Med.* **89** (1978) 157-161
- 35 Gorsky, R. D., J. P. Koplan, H. B. Peterson, S. B. Thacker: Relative risks and benefits of long-term estrogen replacement therapy: a decision analysis. *Obstet. Gynecol.* **83** (1994) 161-166
- 36 Grady, D., S. M. Rubin, D. B. Petitti, C. S. Fox, D. Black, B. Ettinger, V. L. Ernster, S. R. Cummings: Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann. Int. Med.* **117** (1992) 1016-1037
- 37 Grant, E. C. G.: Long-term dangers of hormonal treatment. *Lancet* **343** (1994) 926
- 38 Greenspan, S. L., E. R. Myers, L. A. Maitland, N. M. Resnick, W. C. Hayes: Fall severity and bone mineral density as risk factors for hip fracture in ambulatory elderly. *J. Am. Med. Ass.* **271** (1994) 128-133
- 39 Grey, A. B., T. F. Cundy, I. R. Reid: Continuous combined oestrogen/progestin therapy is well tolerated and increases bone density at the hip and spine in postmenopausal osteoporosis. *Clin. Endocrinol.* **40** (1994) 671-677
- 40 Grisso, J. A., J. L. Kelsey, B. L. Strom, G. Y. Chiu, G. Maislin, L. A. O'Brien, S. Hoffman, F. Kaplan: Risk factors for falls as a cause of hip fracture in women. *N. Engl. J. Med.* **324** (1991) 1326-1331

- 41 Grönroos, M., T. A. Salmi, M. H. Vuento, E. A. Jalava, J. E. Tyrkkö, J. I. Maatela, A. R. Aromaa, R. Sieberg, E. R. Savolainen, T. V. Kauraniemi: Mass screening for endometrial cancer directed in risk groups of patients with diabetes and patients with hypertension. *Cancer* **71** (1993) 1279-1282
- 42 Hafner, S. M., A. K. Diehl, B. D. Mitchell, M. P. Stern, H. P. Hazuda: Increased prevalence of clinical gallbladder disease in subjects with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Am. J. Epidemiol.* **132** (1990) 327-335
- 43 Hafner, S. M., M. P. Stern, H. P. Hazuda, B. D. Mitchell, J. K. Patterson: Cardiovascular risk factors in confirmed prediabetic individuals. *J. Am. Med. Ass.* **263** (1990) 2893-2898
- 44 Hassager, C., C. Christiansen: Estrogen/gestagen therapy changes soft tissue body composition in postmenopausal women. *Metabolism* **38** (1989) 662-665
- 45 Heath, H., L. J. Melton, C. P. Chu: Diabetes mellitus and risk of skeletal fracture. *N. Engl. J. Med.* **303** (1980) 567-570
- 46 Hehrmann, R.: Rational und rationell – zur Diagnostik der Osteoporose. *Münch. Med. Wschr.* **135** (1993) 639-640
- 47 Hemminki, E., D. L. Kennedy, C. Baum, S. M. McKinlay: Prescribing of noncontraceptive estrogens and progestins in the United States, 1974-86. *Am. J. Public Health* **78** (1988) 1478-1481
- 48 Henrich, J. B.: The postmenopausal estrogen/breast cancer controversy. *J. Am. Med. Ass.* **268** (1992) 1900-1902
- 49 Hirvonen, E., M. Mäkönen, V. Manninen: Effects of different progestogens on lipoproteins during postmenopausal replacement therapy. *N. Engl. J. Med.* **304** (1981) 560-563
- 50 Hoogerland, D. L., D. A. Buchler, J. J. Crowley, W. F. Carr: Estrogen use – risk of endometrial carcinoma. *Gynecol. Oncol.* **6** (1978) 451-458
- 51 Horwitz, R. I., C. M. Viscoli, L. Berkman, R. M. Donaldson, S. M. Horwitz, C. J. Murray, D. F. Ransohoff, J. Sindelar: Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. *Lancet* **336** (1990) 542-545
- 52 Ikard, R. W.: Gallstones, cholecystitis and diabetes. *Surgery, Gynecol. & Obstet.* **171** (1990) 528-532
- 53 Johnston, C. C., S. L. Hui, C. Longcope: Bone mass and sex steroid concentrations in postmenopausal Caucasian diabetics. *Metabolism* **34** (1985) 544-550
- 54 Jorgensen, T.: Gall stones in a danish population. Relation to weight, physical activity, smoking, coffee consumption, and diabetes mellitus. *Gut* **30** (1989) 528-534
- 55 Kayath, M. J., S. A. Dib, J. G. H. Vieira: Prevalence and magnitude of osteopenia associated with insulin-dependent diabetes mellitus. *J. Diab. Comp.* **8** (1994) 97-104
- 56 Kiel, D. P., J. A. Baron, J. J. Anderson, M. T. Hannan, D. T. Felson: Smoking eliminates the protective effect of oral estrogens on the risk for hip fracture among women. *Ann. Int. Med.* **116** (1992) 716-721
- 57 Kuczmarski, R. J., K. M. Flegal, S. M. Campbell, C. L. Johnson: Increasing prevalence of overweight among US adults. *J. Am. Med. Ass.* **272** (1994) 205-211
- 58 Kuhl, H.: Substitution mit Östrogenen und Gestagenen. 11. Arbeitstreffen des „Zürcher Gesprächskreises“. *Dtsch. Ärztebl.* **91** (1994), B 571-573
- 59 Kuhl, H.: Substitution mit Östrogenen und Gestagenen. 9. Arbeitstreffen des „Zürcher Gesprächskreises“. *Dtsch. Ärztebl.* **90** (1993), B 1674-1675
- 60 Lange, S.: Sensitivität, Spezifität und prädiktive Werte der Knochendichtemessung bei der Osteoporose. Dissertation, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 1994
- 61 Lauritzen J. B., M. M. Petersen, B. Lund: Effect of external hip protectors on hip fractures. *Lancet* **341** (1993) 11-13
- 62 Lauritzen, C.: Hormonsubstitution in der Menopause. Konsensus der Menopausegesellschaft deutschsprachiger Länder. *Dtsch. Ärztebl.* **90** (1993), B 694-696
- 63 Law, M. R., N. J. Wald, T. W. Meade: Strategies for prevention of osteoporosis and hip fracture. *Br. Med. J.* **303** (1991) 453-459
- 64 Lindsay, R., D. M. Hart, A. MacLean, A. C. Clark, A. Kraszewski, J. Garwood: Bone response to termination of oestrogen treatment. *Lancet* **i** (1978) 1325-1327
- 65 Maheux, R., F. N. Naud, M. Rioux, R. Grenier, A. Lemay, J. Guy, M. Langevin: A randomized, double-blind, placebo-controlled study on the effect of conjugated estrogens on skin thickness. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **170** (1994) 642-649
- 66 Manolio, T. A., C. D. Furberg, L. Shemanski, B. M. Psaty, D. H. O'Leary, R. P. Tracy, T. L. Bush: Association of postmenopausal estrogen use with cardiovascular disease and its risk factors in older women. *Circulation* **88** (1993) 2163-2171
- 67 Marshall, E.: Search for a killer: focus shifts from fat to hormones. *Science* **259** (1993) 618-621
- 68 Mathiassen, B., S. Nielsen, J. S. Johansen, D. Hartwell, J. Ditzel, P. Rodbro, C. Christiansen: Long-term bone loss in insulin-dependent diabetic patients with microvascular complications. *J. Diab. Complications* **4** (1990) 145-149
- 69 McNair, P.: Bone mineral metabolism in human type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. *Dan. Med. Bull.* **35** (1988) 109-121
- 70 Melchior, T. M., H. Sorensen, C. Torp-Pedersen: Hip and distal arm fracture rates in peri- and postmenopausal insulin-treated diabetic females. *J. Int. Med.* **236** (1994) 203-208
- 71 Model, D.: Smoker's face: an underrated clinical sign? *Br. Med. J.* **291** (1985) 1755, 1760-1762
- 72 Morrison, N. A., J. C. Qi, A. Tokita, P. J. Kelly, L. Crofts, T. V. Nguyen, P. N. Sambrook, J. A. Eisman: Prediction of bone density from vitamin D receptor alleles. *Nature* **367** (1994), 284-287
- 73 Morrison, N. A., R. Yeoman, P. J. Kelly, J. A. Eisman: Contribution of transacting factor alleles to normal physiological variability: Vitamin D receptor gene polymorphisms and circulating osteocalcin. *Proc. Natl. Acad. Sci.* **89** (1992) 6665-6669
- 74 Mosnier-Pudar, H., B. Faguer, T. T. Guyenne, G. Tchobroutsky: Effets de la substitution par 17 β estradiol percutané et progestérone orale sur la pression artérielle et les paramètres métaboliques chez des patientes ménopausées diabétiques non insulinodépendantes. *Arch. Mal. Coeur* **84** (1991) 1111-1115
- 75 Mott, S.: Bone mass measurements: reasons to be cautious. *Br. Med. J.* **308** (1994) 931-932
- 76 Mühlhauser, I.: Cigarette smoking and diabetes: an update. *Diabetic Med.* **11** (1994) 336-343
- 77 Nabulsi, A. A., A. R. Folsom, A. White, W. Patsch, G. Heiss, K. K. Wu, M. Szklo: Association of hormone-replacement therapy with various cardiovascular risk factors in postmenopausal women. *N. Engl. J. Med.* **328** (1993) 1069-1075
- 78 Nyholm, H., H. Djursing, C. Hagen, T. Anger, P. Bennett, B. Svenstrup: Androgens and estrogens in postmenopausal insulin-treated diabetic women. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* **69** (1989) 946-949
- 79 Olshansky, S. J., B. A. Carnes, C. Cassel: In search of Methuselah: estimating the upper limits of human longevity. *Science* **250** (1990) 634-640
- 80 Panzram, G.: Mortality and survival in Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus. *Diabetologia* **30** (1987) 123-131
- 81 Parving, H.-H., E. Hommel: Prognosis in diabetic nephropathy. *Br. Med. J.* **299** (1989) 336-343
- 82 Pettiti, D. B., S. Sidney, J. A. Perlman: Increased risk of cholecystectomy in users of supplemental estrogen. *Gastroenterol.* **94** (1988) 91-95
- 83 Posthuma, W. F. M., R. G. J. Westendorp, J. P. Vandenbroucke: Cardio-protective effect of hormone replacement therapy in postmenopausal women: is the evidence biased? *Br. Med. J.* **308** (1994) 1268-1269
- 84 Psaty, B. M., S. R. Heckbert, D. Atkins, R. Lemaitre, T. D. Koepsell, P. W. Wahl, D. S. Siscovick, E. H. Wagner: The risk of myocardial infarction associated with the combined use of estrogens and progestins in postmenopausal women. *Arch. Intern. Med.* **154** (1994) 1333-1339
- 85 Pyörälä, K., M. Laakso, M. Uusitupa: Diabetes and atherosclerosis: an epidemiological view. *Diabetes Metab. Rev.* **3** (1987) 463-534
- 86 Reid, I. R., R. W. Ames, M. C. Evans, G. D. Gamble, S. J. Sharpe: Effect of calcium supplementation on bone loss in postmenopausal women. *N. Engl. J. Med.* **328** (1993) 460-464
- 87 Ringe, J. D., F. Meiss: Vermeidung früh-postmenopausischer Knochenstoffverluste durch transdermale Östrogensubstitution. *Dtsch. Med. Wschr.* **118** (1993) 769-774
- 88 Rosenberg, L., J. R. Palmer, S. Shapiro: A case-control study of myocardial infarction in relation to use of estrogen supplements. *Am. J. Epidemiol.* **137** (1993) 54-63
- 89 Rosenberg, L.: Hormone replacement therapy: the need for reconsideration. *Am. J. Public Health* **83** (1993) 1670-1673
- 90 Ross, R. K., A. Paganini-Hill, S. Roy, A. Chac, B. E. Henderson: Past and present preferred prescribing of hormone replacement therapy among Los Angeles Gynecologists: Possible implications for public health. *Am. J. Public Health* **78** (1988) 516-519
- 91 Sackett, D. L., R. B. Haynes, G. H. Guyatt, P. Tugwell: *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine.* 2nd ed. (Little, Brown and Company: Boston-Toronto-London 1991) 187-248
- 92 Schapira, D. V., N. B. Kumar, G. H. Lyman, C. E. Cox: Abdominal obesity and breast cancer risk. *Ann. Intern. Med.* **112** (1990) 182-186
- 93 Schwabe, U., R. Rabe: Sexualhormone. In Schwabe, U., D. Paffrath (Eds.) *Arzneiverordnungs-Report '93* (Gustav Fischer Verlag: Stuttgart-Jena 1993) 377-387
- 94 Skrabanek, P., J. McCormick: *Follies and fallacies in medicine.* 2nd ed. (Tarragon Press: Glasgow 1992)
- 95 Skrabanek, P.: Nonsensus consensus. *Lancet* **i** (1990) 1446-1447
- 96 Skrabanek, P.: The physician's responsibility to the patient. *Lancet* **i** (1988) 1155-1156
- 97 Spiro, H. M.: *Doctors, patients, and placebos.* (Yale University Press: New Haven-London 1986)
- 98 Stampfer, M. J., G. A. Colditz, W. C. Willett, J. E. Manson, B. Rosner, F. E. Speizer, C. H. Hennekens: Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease. Ten-year follow-up from the Nurses' Health Study. *N. Engl. J. Med.* **325** (1991) 756-762
- 99 Steel, J. M.: Hormone replacement therapy and diabetes. Short-term therapy for climacteric/menopausal symptoms. *Diab. Gen. Pract.* **4** (1994) 11-12
- 100 Steinberg, K. K., S. B. Thacker, S. J. Smith, D. F. Stroup, M. M. Zack, W. D. Flanders, R. L. Berkelman: A meta-analysis of the effect of estrogen replacement therapy on the risk of breast cancer. *J. Am. Med. Ass.* **265** (1990) 1985-1990
- 101 Sullivan, J. M., R. V. Zwaag, J. P. Hughes, V. Maddock, F. W. Kroetz, K. B. Ramanathan, D. M. Mirvis: Estrogen replacement and coronary artery disease. Effect on survival in postmenopausal women. *Arch. Intern. Med.* **150** (1990) 2557-2562
- 102 TeVelde, E. R., H. A. I. M. van Leusden: Hormonal treatment for the climacteric: alleviation of symptoms and prevention of postmenopausal disease. *Lancet* **343** (1994) 654-658
- 103 Vandenbroucke, J. P.: Postmenopausal oestrogen and cardioprotection. *Lancet* **337** (1991) 833-834
- 104 Voigt, L. F., N. S. Weiss, J. Chu, J. R. Daling, B. McKnight, G. vanBelle: Progestagen supplementation of exogenous oestrogens and risk of endometrial cancer. *Lancet* **338** (1991) 274-277
- 105 Walsh, B. W., I. Schiff, B. Rosner, L. Greenberg, V. Ravnkar, F. M. Sacks: Effects of postmenopausal estrogen replacement on the concentrations and metabolism of plasma lipoproteins. *N. Engl. J. Med.* **325** (1991) 1196-1204
- 106 Wenderlein, J. M.: Lipid-Stoffwechselveränderungen und die Folgen bei postmenopausalen Frauen. *Dtsch. Ärztebl.* **91** (1994), B 740-742
- 107 Wilson, P. W. F., R. J. Garrison, W. P. Castelli: Postmenopausal estrogen use and heart disease. *N. Engl. J. Med.* **315** (1986) 135
- 108 Wilson, P. W. F., R. J. Garrison, W. P. Castelli: Postmenopausal estrogen use, cigarette smoking, and cardiovascular morbidity in women over 50. *N. Engl. J. Med.* **313** (1985) 1038-1043
- 109 Wolf, P. H., J. H. Madans, F. F. Finucane, M. Higgins, J. C. Kleinman: Reduction of cardiovascular disease-related mortality among postmenopausal women who use hormones: evidence from a national cohort. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **164** (1991) 489-499

1. Abschnitt

Zur sozial- und gesundheitspolitischen Lage

I.

Der alternativlose „Sieg“ des Kapitalismus über die staatsmonopolistischen Planwirtschaften, die Globalisierung der Märkte ohne entsprechende Globalisierung demokratischer Machtkontrollen, die trotz und wegen technischer Innovationen immer drängender werdenden ökologischen Probleme, die Remilitarisierung zwischen- und innerstaatlicher Konflikte und die damit zusammenhängenden Bevölkerungsbewegungen haben vor dem Hintergrund der bereits bestehenden, skandalös ungerechten Verteilung von Reichtum und Armut, Gesundheit und Krankheit, Macht und Ohnmacht weltweit den sozialen Wandlungsprozeß dramatisch beschleunigt. Die Chancen, ihn in Würde, ohne körperliche Gebrechen oder materielle Not zu bestehen, sind nicht nur in den Ländern des Südens und Ostens, sondern auch in den westlichen Industrienationen sehr ungleich verteilt. Für die Benachteiligten werden sie immer geringer.

II.

Statt durch eine auf Ausgleich und gerechte Verteilung bedachte, antizyklische Finanz-, Wirtschafts- und Sozialpolitik gegenzusteuern, hat in Deutschland die Politik der CDU/CSU/FDP-Koalition die Gegensätze noch erheblich zugespitzt und den Weg in die Zweidrittel-Gesellschaft gebahnt. Der Beitritt der DDR zur Bundesrepublik, eine unvergleichliche historische Chance für einen substantiellen Erneuerungs- und Demokratisierungsprozeß, wurde nicht nur leichtfertig verspielt, sondern zum Siegeszug restaurativer, antidemokratischer, unsozialer Tendenzen und lobbyistischer Interessen umgemünzt. Die Koalitionsregierung unter Helmut Kohl legte nicht nur Hand an die Verfassung (Einschränkung der Grundrechte, Abschaffung des Asylrechts) und setzte eine in der Geschichte der Bundesrepublik beispiellose Umverteilung von unten nach oben durch; sie ist derzeit dabei, im Verbund mit neoliberalen Marktfundamentalisten sowie rechtskonservativen und sozialdarwinistisch orientierten Kräften aus Politik und Wirtschaft den Kernbestand des Sozialstaats, die ihm zugrunde liegenden Verfassungsprinzipien und damit den Charakter der Republik als *soziale* Marktwirtschaft zur Disposition zu stellen. Die politische Opposition ist zutiefst gespalten, findet nur selten die Kraft zum Widerstand oder beteiligt sich gar opportunistisch an dieser Politik.

III.

Von den Folgen *besonders* betroffen sind Frauen, Kinder und Jugendliche, größere Familien, Arbeitslose und gering Beschäftigte, Menschen mit eingeschränkter physischer und psychischer Leistungsfähigkeit (vor allem Behinderte und ältere Menschen), chronisch Kranke, Einwanderer und Flüchtlinge. Während die Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen weiter wachsen, gefährdet die Politik der Reichen und Gesunden gegen Arme und Kranke, zur Zeit am deutlichsten sichtbar im „shareholder-value“-Konzept, nicht nur die Funktionstüchtigkeit der Sozialsysteme, sondern für immer mehr Menschen bereits die Sicherung des schieren Existenzminimums. Gerade die sogenannten „Starken“ haben sich jedoch ihrem „Leistungsvermögen“ entsprechend an den Gemeinkosten der Gesellschaft zu beteiligen. Wird dieser Grundsatz - wie momentan erlebbar - immer weiter ausgehöhlt und schließlich aufgegeben, sind nicht nur ein Mindestmaß an Verteilungsgerechtigkeit, sondern auch die gleichberechtigte Partizipation und Mitbestimmung aller gesellschaftlichen Schichten und damit die Legitimation von Politik und Staat an sich ernsthaft gefährdet. Nicht zuletzt im Blick auf den internationalen erstarkenden Rechtsradikalismus lauert hier eine große Gefahr für die demokratische Kultur in Deutschland und Europa.

IV.

Die Gesundheitspolitik ist ein Spiegel der obwaltenden Kräfte und ihrer Ziele. Unter irreführenden Schlagworten und Parolen wie „Kostenexplosion“, „Wettbewerb“, „weniger Staat“, „Umbau“, Gesundheits-„Reform“ oder „Stärkung der Eigenverantwortung“ werden die Versi-

cherten zugunsten der Einkommens- und Profitinteressen bestimmter Anbieter immer stärker belastet und eine Zwei-Klassen-Medizin vorbereitet. Längst überfällige Veränderungen bleiben erneut auf der Strecke. Die Folge ist, daß sich die Probleme weiter verschärfen und das System in in eine scheinbar ausweglose Lage gerät. Eben diese bietet vor allem neoliberalen Kräften den langersehnten Anlaß, bislang als unantastbar geltende Elemente des Sozialstaats, z. B. die solidarische, von den Arbeitgebern mitgetragene Absicherung des Krankheits- und Invaliditätsrisikos sukzessive in Frage zu stellen und Stück für Stück abzuschaffen, oft begleitet von frechen Versprechungen des Gegenteils. Akute Gefahr droht gar allen Menschen, die durch Unfall, Krankheit oder Behinderung ihren Lebenswillen nicht hinreichend artikulieren können (z. B. Wachkomapatienten). Den historischen Erfahrungen mit einer Medizin ohne Menschlichkeit zum Trotz wird europaweit immer offener die Forderung geäußert, sie der „Euthanasie“ preisgeben, sprich: sie töten zu dürfen. Statt die Rechte der Patientinnen und Patienten zu stärken, kostenträchtige Qualitätsdefizite zu beseitigen, überkommene Strukturen abzuschaffen oder immer schon ungerechte, längst überholte Privilegien der Anbieter in Frage zu stellen und die immensen Rationalisierungsreserven des Systems zu mobilisieren, werden unter Verunglimpfung und auf dem Rücken der Bedürftigsten und Wehrlosesten nicht nur humanitäre Grundsätze ausgehöhlt, sondern auch eines der seit über hundert Jahren erfolgreichsten und qualitativ besten Gesundheitssysteme der Welt langsam aber stetig zugrunde gerichtet.

V.

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Eine an humanitären Prinzipien ausgerichtete Sozial- und Gesundheitspolitik sollte Rahmenbedingungen und Lebensverhältnisse schaffen helfen, die der Selbstbestimmung des Einzelnen dienen, Mitgestaltungsmöglichkeiten öffnen, eine direkte Vergesellschaftung der Menschen jenseits der Warenförmigkeit zulassen, Gesundheit fördern und die natürlichen Lebensgrundlagen schonen. Sie sollte dafür sorgen, daß die Lasten und Risiken des Lebens solidarisch auf möglichst viele Schultern - vor allem die tragfähigen - verteilt werden, daß Unterversorgung und Risikoselektion keine Chance haben. Massenarbeitslosigkeit, die Entkoppelung von Konjunktur und Beschäftigung, wachsende Armut und Obdachlosigkeit in einem für Nachkriegsdeutschland beispiellosen Ausmaß stellen besonders hohe Ansprüche an die gerechte Verteilung der Lasten und damit an die Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme. Das Gesundheitssystem soll jedem Menschen eine umfassende Absicherung des Krankheitsrisikos unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sexueller Orientierung, Einkommen und sozialem Status garantieren. „Eigenverantwortung“ - im wohlverstandenen Sinne - ist dabei ein Teil der Autonomie, Individuation und Persönlichkeitsentfaltung der Menschen, „Subsidiarität“ Ausdruck der Solidarität, wenn das soziale Umfeld überfordert ist.

VI.

Alle im Gesundheitswesen Tätigen sind Treuhänder der Interessen der bei ihnen Hilfe Suchenden. Sie sind primär dem Wohl des Einzelnen verpflichtet und haben den Auftrag, nach bestem Wissen und Gewissen gesundheitliche Schäden zu verhindern, zu lindern und gesundheitsfördernde Verhältnisse schaffen zu helfen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn auch das System selbst, die Strukturen, Institutionen, Anreize und Sanktionen, diesen Auftrag immanent befördern statt ihn zu kompromittieren und seine Erfüllung dem Altruismus und der Zivilcourage all derjenigen überlassen, die noch nicht verzweifelt, ausgebrannt, fatalistisch oder zynisch vor den Zumutungen der auch im Gesundheitswesen grassierenden Doppelmoral kapituliert haben.

VII.

Eine humanitäre, quantitativ und qualitativ optimale Patientenversorgung ist möglich. Sie sollte auch weiterhin gewährleistet werden. Die dafür notwendigen Mittel sind in den reichen Ländern mehr als vorhanden, allen anderslautenden Behauptungen zum Trotz. Die derzeitige Entwicklung in Deutschland und Europa gefährdet dieses Ziel jedoch in erschreckender Weise. Ihr muß mit aller Entschiedenheit und allen zu Gebote stehenden Mitteln Einhalt geboten werden.

2. Abschnitt

Menschenrechte und Ethik, Patientenschutz und Qualität im Gesundheitswesen

- Menschenrechte und Ethik

Eine Ethik in der Medizin adäquat zu diskutieren heißt, sich die Verantwortung vor allem der Ärzte für Theorien, Konzepte und Modelle der Medizin bewußt zu machen. Der VDÄÄ beobachtet mit großer Sorge, wie die beziehungswissenschaftlichen Grundlagen ärztlicher Tätigkeit, von Viktor von Weizsäcker, Thure von Uexküll u.a. erarbeitet, an den Rand gedrängt, auf eine „Biomedizin“ verengt und philosophisch durch die sogenannte „Bioethik“ legitimiert werden. Ein herausragendes Beispiel ist die Festlegung des Hirntodes als Todeskriterium. So läßt sich utilitaristisch, oft auch ökonomisch motiviert, das Lebens- und Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf körperliche Unversehrtheit vor allem in den Grenzbereichen der Medizin (z. B. in der Pränatalmedizin, bei Organtransplantationen oder bei Sterbenden), bei der Prävention ansteckender Erkrankungen (z. B. in der immer wieder aufflammenden Diskussion um die namentliche Meldepflicht bei HIV-Infektionen und um Zwangstests) sowie in der Militärmedizin immer gezielter in Frage stellen.

Es verstärken sich derzeit wieder althergebrachte Tendenzen zur Indienstnahme medizinischen Sachverstands für medizinfremde, oft gegen die Interessen des Individuums gerichtete Zwecke (z. B. bei der sozialmedizinischen Begutachtung, bei der Behandlung von Flüchtlingen und Einwanderern oder bei der militärmedizinischen Absicherung von Kampfeinsätzen der Bundeswehr außerhalb der NATO). Vor allem Ärzte und Pflegekräfte sehen sich immer häufiger dem Dilemma ausgesetzt, als Diener zweier Herren gefordert zu sein: Als Individuen ihrem professionellen Ethos („Anwalt des Patienten“), als Teil einer Organisation der ökonomischen Rationalität („managed care“). Es zeichnet sich eine Entwicklung ab, wo die im System, in den Strukturen, Institutionen, ökonomischen Anreizen und Sanktionen „geronnenen“ moralischen Entscheidungen immer häufiger die gebotene Loyalität mit den Hilfesuchenden kompromittieren statt sie zu befördern (Hagen Kühn). Sie wird von vielen „Helfern“ inzwischen als konfliktrichtig erlebt und erfordert zunehmend persönlichen Mut, Risikobereitschaft, Zivilcourage und die Bereitschaft, ggfs. persönliche Nachteile in Kauf zu nehmen. Dies ist auf Dauer nicht zumutbar und wird verschärft durch die strukturelle Ungleichheit zwischen „Experten“ und Patienten einerseits, arbeitgebendem „System“ und arbeitnehmenden „Helfern“ andererseits.

Besonders alarmierend sind momentan die international sichtbaren Bestrebungen zur Aushöhlung der Grundrechte von nicht-einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten. Augenfällig ist hier das ethische Dumping in der „bio“-medizinischen Forschung am Menschen („Biomedizin“-Konvention des Europarats) und die gegenwärtige „Euthanasie“-Debatte, in der immer offener z. B. Wachkomapatienten das Lebensrecht streitig gemacht und die Freigabe ihrer Tötung gefordert wird. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die Einführung des „Wettbewerbs“ und die Finanzierungs Krise verstärken diese Tendenzen.

Eine humane und gerechte Medizin ist jedoch ohne Reflexion ihrer beziehungswissenschaftlichen Voraussetzungen, ohne ein Festhalten an ethischen Grundprinzipien als Grundlage allen Tuns und Unterlassens nicht möglich. „Human“ bzw. „ethisch“ heißt dabei im Sinne der Erklärung der Menschenrechte bzw. Art. 1 des Grundgesetzes vor allem:

- Vereinbarkeit mit den Grundsätzen „nil nisi bene“ („ausschließlich das Nützliche“) und „nil nocere“ („nicht schaden“)
- individuelle, soziale und ökologische Verträglichkeit,
- rechtliche Vertretbarkeit,
- gerechte Verteilung der Ansprüche und Lasten (solidarische Risiko-absicherung, keine Rationierung nach ethnischen, sozialen, demographischen oder ökonomischen Kriterien).

„Human“ heißt auch, an einer „Beziehungsmedizin“ (Klaus Dörner) von Subjekt zu Subjekt festzuhalten, sie zu stärken und die Tradition der Subjekt-Objekt-Verhältnisse, eine der wesentlichen Voraussetzungen einer „Medizin ohne Menschlichkeit“ und der sog. „Biomedizin“, zu überwinden.

Dienstleistungen im Gesundheitswesen, vor allem Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit, müssen anhand dieser Kriterien jederzeit legitimierbar sein. Dies gewinnt besondere Brisanz bei der Beurteilung neuer, auf breiter Basis noch nicht hinreichend abgesicherter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei Therapieversuchen, bei der Anwendung bekannter Verfahren mit neuen Indikationen und ganz besonders beim medizinischen Handeln oder Unterlassen in den Grenzbereichen am Anfang und Ende des Lebens.

• Qualität und Patientenschutz

„Qualität“ ist dem inzwischen in mehr als 70 Ländern der Welt anerkannten Stand der Qualitätslehre entsprechend *„die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“* (DIN EN ISO-Norm 8402, „Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung“). Qualität im Gesundheitswesen beinhaltet darüberhinaus den Aspekt, wie diese Eignung zum Tragen kommt, d.h. ob und inwieweit die „Erfordernisse“ tatsächlich erfüllt werden. Diese „Erfordernisse“ bzw. Qualitätsforderungen waren immer schon in normativen Vorgaben kodifiziert. Eine der ältesten ist der Hippokratische Eid. Heutzutage finden sich eine Vielzahl unterschiedlicher, vielfach gesetzlicher Normen, Richtlinien und Programme. Genannt seien u.a.: mit weltweitem Geltungsanspruch das WHO-Programm „Gesundheit 2000“ (insbesondere das Regionalziel 31), die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung, die WHO-Principles of the Rights of Patients in Europe, der International Code of Medical Ethics des Weltärztebundes (WMA) sowie die Deklaration von Helsinki (WMA); mit Geltungsanspruch auf EU-Ebene die Guidelines for Good Manufacturing Practice (GMP), Good Laboratory Practice (GLP) sowie Good Clinical Practice (GCP); mit Geltung auf Bundesebene die deutsche Gesundheitsgesetzgebung; vor allem das Sozialgesetzbuch V, sowie die Rechtsprechung zur Arzthaftung.

Wer auch immer als „Helfer“ Hand an andere Menschen legt, war von jeher zu Humanität und Qualität der Behandlung verpflichtet. Qualitätsdefizite hingegen sind z. B. Ungleichbehandlungen (z.B. in Abhängigkeit vom Versichertenstatus oder aufgrund des Asylbewerberleistungsgesetzes), Mißachtung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten, lückenhafter Datenschutz, überflüssige Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit, unnötige Komplikationen oder gar irreversible Schädigungen, Menschenrechtsverletzungen (bei Flüchtlingen z. T. mit Todesfolge) oder Betrügereien (Herzklappenskandal) - alles verbunden mit unnötigen Mehrkosten und somit Unwirtschaftlichkeit. Fehler kosten nämlich (zusätzliches) Geld, Qualität nicht. Statt reiner „Kostendämpfungspolitik“ gilt es also, vermeidbare Qualitätsdefizite zu verhindern und zu beheben, eine gleichbleibend hohe Qualität zu gewährleisten sowie Qualitätsbeurteilung und -verbesserung kontinuierlich und systematisch zu betreiben. Das ergibt sich nicht nur aus ethischen Erwägungen im oben genannten Sinne, sondern wäre der entscheidende Beitrag zur Mobilisierung der Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen.

Es fehlen generell gesicherte Erkenntnisse über die Prozeß- und Ergebnisqualität der Versorgung. Patientinnen und Patienten können sich derzeit bei der Suche nach geeigneten Hilfsangeboten nicht qualitätsbezogen orientieren. Selbstbestimmung setzt jedoch Wissen und Aufklärung voraus. Noch schwieriger ist die Situation, wenn Versorgungsmängel und Behandlungsfehler offenbar werden und die Geschädigten versuchen, zu ihrem Recht zu kommen. Gründe dafür sind u.a.

- ihre Rechtsstellung gegenüber den Anbietern von Gesundheitsleistungen ist vielfach unzureichend; z. B. ist die Produkthaftung bei Medizinprodukteherstellern nicht genügend realisiert; die Beweislast liegt bei den potentiell oder tatsächlich Geschädigten;
- die Sanktionierungsmöglichkeiten bei Fehlbehandlungen (z. B. Entzug der Zulassung oder Approbation) reichen nicht aus;

- die Krankenkassen sind zu einer Unterstützung ihrer Versicherten bei Behandlungsfehlern bisher nicht verpflichtet;
- die Kostenträger machen trotz der vorhandenen Möglichkeiten zu selten Regreßansprüche gegenüber Leistungserbringern und Herstellern geltend;
- die bei den Ärztekammern angesiedelten Schlichtungsstellen sind anbieterdominiert und damit nicht unvoreingenommen,
- unabhängige Beratungs- bzw. Vertretungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten (z. B. durch Verbraucherzentralen oder Patientenvertretungen) sind nur unzureichend ausgebaut oder fehlen.

Der VDÄÄ schlägt daher vor:

- **Unabhängige, demokratisch legitimierte Ethikkommissionen**

Die Bezeichnung „Ethik-Kommission“ für die derzeit meist bei den Ärztekammern angesiedelten Gremien ist irreführend. Es handelt sich vielmehr um von Ärzten und Juristen dominierte, im Arzneimittel- und Medizinproduktegesetz verankerte Beratungsinstanzen für die Durchführung klinischer Prüfungen am Menschen. Der Zuständigkeitsbereich dieser Gremien sollte zumindest auf risikoreiche Therapieversuche und *alle* klinischen Forschungsvorhaben am Menschen ausgedehnt werden, um die empfohlene und bereits übliche Berücksichtigung der Deklaration von Helsinki sowie der entsprechenden EU-Richtlinien bei allen Vorhaben einklagbar zu machen. Noch wichtiger wäre jedoch die Schaffung neutraler Ethik-Kommissionen, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedenster Berufsgruppen und Bevölkerungsschichten zusammensetzen, demokratisch legitimiert sind und - z. B. auf Landesebene - den Rahmen des ethisch Zulässigen diskutieren und verbindlich festlegen.

- **Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen**

Arbeit im Gesundheitswesen macht krank; die Morbidität und Mortalität der im Gesundheitswesen Tätigen ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eine der höchsten. Dies liegt nicht nur an vielfach unzumutbaren Arbeitsbedingungen, sondern auch an der ungleichen Verteilung der Arbeit. Noch werden viel zu viele Überstunden geleistet, was nicht nur unnötige Belastungen, Ausfallzeiten und Fluktuationen mit sich bringt, sondern auch das Nachrücken der jüngeren Generation erheblich erschwert. Hier sollten die notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden, um z. B. das Arbeitszeitgesetz auch in den stationären Einrichtungen umzusetzen. Das Modellprojekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ der WHO weist hier in die richtige Richtung. Gleichzeitig sollte Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit Sozialleistungsträgern, vor allem den Ländern und Kommunen, und Organisationen der Selbsthilfe ein fester, beitragsfinanzierter Bestandteil des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

- **Verstärkte Förderung von Selbsthilfegruppen**

Die stützende und beratende Funktion von Selbsthilfegruppen und deren Kontaktstellen ist für die Betroffenen eine inzwischen unverzichtbare Hilfe und als Baustein für gesundheitserhaltende und -verbessernde Lebensweisen unerlässlich. Dieses Netz sollte durch die Entwicklung eines einheitlichen, transparenten und qualitätsbezogenen Förderungssystems gefestigt, ausgebaut und gemeinsam von der GKV, anderen Sozialleistungsträgern sowie den Ländern und Kommunen finanziert werden.

- **Gleichberechtigte Beteiligung und Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten**

Oft wird behauptet, die Anbieter im Gesundheitswesen, allen voran Ärztinnen und Ärzte seien die besten Anwälte ihrer Patientinnen und Patienten. Dies ist ein paternalistischer Irrtum. Die Versicherten bzw. Verbraucher sollten Möglichkeiten erhalten, ihre Belange selbst zu vertreten, ebenso wie unabhängige Vertreter. Zwar sind alle im Gesundheitswesen Tätigen an ethische, rechtliche und fachliche Vorgaben gebunden, dennoch können die Interessen von Anbietern und Klienten nicht überall deckungsgleich sein, nicht nur im ökonomischen Bereich. Es geht darum, die Unterschiede zu akzeptieren und sie offenzu-

legen, sich über sie zu verständigen und in partnerschaftlicher Weise, auf vertraglicher Grundlage ein konstruktives Arbeitsbündnis unter Einbeziehung des sozialen Umfelds zu kreieren. In einer säkularen, demokratischen und pluralistischen Gesellschaft sollte „Empowerment“ im Sinne der Ottawa-Charta der WHO, die Stärkung der Selbstbestimmung und der Gestaltungsmöglichkeiten des Einzelnen, seines Umfeldes und der Gesellschaft als ganzes das entscheidende Kriterium für die Beziehung zwischen Helfenden und Hilfesuchenden werden. Statt „Eigenverantwortung“ gleichzusetzen mit Privatisierung von Lebensrisiken fordern wir für Patientinnen und Patienten neue Formen der Beteiligung und Mitbestimmung, z. B. bei der Qualitätsbeurteilung der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen, bei der Steuerung des Gesundheitswesens und bei der Ahndung von Verstößen (z.B. durch die Berufung medizinischer „Laien“ in die (noch bestehenden) Berufsgerichte nach dem Schöffenprinzip).

- **Patientenschutzgesetzgebung**

Es sollte u.a. zusammenfassende Regelungen der Patientenrechte, vor allem zum Schutz nicht-einwilligungsfähiger Patienten, die Einführung von Patientenvertrauenspersonen in größeren Gesundheitseinrichtungen als Teil des Qualitätsmanagements, die Einrichtung eines Patientenbeauftragten auf Landesebene (analog den Datenschutzbeauftragten) sowie Regelungen zu einem anbieterunabhängigen Schlichtungsverfahren als Alternative zu den Schlichtungsstellen der Ärztekammern enthalten.

- **Zustimmungslösung beim Transplantationsgesetz**

Die gegenwärtigen Gesetzesvorhaben zur Regelung der Organtransplantationen bergen die Gefahr, durch Definition des Hirntodes als Todeskriterium z. B. Wachkomapatienten der „Ausschlachtung“ zur Organverwertung anheimfallen zu lassen, ohne daß dafür zu Lebzeiten eine Einwilligung bestand. Zudem haben sie als „Tote“ keinen Anspruch auf medizinische Behandlung mehr. Der Hirntod muß daher als Teil des Sterbeprozesses gesehen werden. Um dennoch Organentnahmen zu ermöglichen, sollte dies nur dann erlaubt sein, wenn der oder die Betreffende zu Lebzeiten eine entsprechende rechtsgültige Erklärung abgegeben hat.

- **Einführung einer verschuldensunabhängigen Schadenshaftung**

Bei medizinischen Behandlungsfehlern sollten Entschädigungen - ähnlich wie in der Unfallversicherung - unabhängig von der Haftung in zivil- oder strafrechtlicher Hinsicht geleistet werden können (z. B. Schmerzensgeld oder Rente). Damit wäre es einem Verursacher möglich, einen Fehler selbst zuzugeben und sogar anzuzeigen. Derzeit würde er oder sie damit den Versicherungsschutz verlieren, da Haftpflichtversicherer bei Selbstbezeichnung nicht zahlen. Vorbild können die skandinavischen Länder sein, wo eine verschuldensunabhängige Schadensregulierung seit Jahren mit Erfolg praktiziert wird.

- **Mitteilungsrecht bei Verdacht auf Behandlungsfehler**

Die im Gesundheitswesen Tätigen haben oft nicht den Mut, einen Behandlungsfehlerverdacht den zuständigen Stellen zu melden. Zu tief sitzt die Angst vor einer Verletzung des Kollegialitätsgebotes. Alle Medizinskandale der Vergangenheit zeigen, daß viele der im Umfeld Tätigen die Probleme längst erkannt hatten, darüber jedoch nicht zu reden wagten. Ein früheres Durchbrechen des Schweigekartells hätte vielen Patientinnen und Patienten Leben und Gesundheit retten können. Es sollte daher ein gesetzlich und in den Berufsordnungen verankertes Recht geben, Verstöße gegen die Bestimmungen der Sorgfaltspflicht bzw. der Heilberufs- und Ärztegesetze anzuzeigen, wenn vor Ort keine Abhilfe geschaffen werden kann.

- **Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei Behandlungsfehlern durch die Krankenkassen**

Die Versicherten sollten ein gesetzlich verbrieftes Recht erhalten, bei Verdacht auf Behandlungsfehler eine (Rechts-)Beratung ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen zu können.

Dies würde den Kassen - sozusagen „nebenbei“ - wichtige Hinweise auf Versorgungsdefizite und Kontrollbedarfe geben.

- **Verbesserte Sanktionsmöglichkeiten bei Behandlungsfehlern**

Die bisherigen Regelungen zum Entzug bzw. zum Ruhen der Approbation oder Zulassung sollten um die Tatbestände einer Verletzung der Berufspflichten laut Berufsordnung sowie die Tatbestände der unerlaubten Handlung (§ 825 BGB) und der positiven Vertragsverletzung (§ 276 BGB) ergänzt werden.

- **Erfassung von Schadensersatzforderungen, Behandlungsfehlerprozessen und gerichtlichen Entscheidungen**

Anhand einer bundesweiten, anonymisierten Erfassung von Schadensersatzforderungen, Behandlungsfehlerprozessen und gerichtlichen Entscheidungen an neutraler Stelle könnten die Schadensentwicklung, tatsächlich anfallende Fehler-Kosten, Einsparpotentiale und Handlungsfelder für Qualitätspolitik und -management besser erkannt werden. Es würde vermutlich auch einer Entlastung der Gerichte bzw. Fachsenate dienen, die sich leichter vernetzen und abstimmen könnten.

- **Einführung unabhängiger Stellen für die Erstellung sozialmedizinischer Gutachten**

Das derzeitige Wirrwarr auf dem Gutachtensektor (Zuständigkeiten beim MDK, dem Sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung, den Gesundheits-, Arbeits- und Sozialämtern) sollte schnellstmöglich ein Ende finden. Die vielfach uneinheitlichen Ergebnisse trotz gleichen Sachverhalts führen zu Ungerechtigkeiten und Härten bei den Betroffenen. Beurteilungsmaßstäbe dürfen ausschließlich nach fachlichen Kriterien festgelegt werden, sollten dann aber einheitlich und verbindlich sein. Vor allem sollten die finanzielle und berufliche Unabhängigkeit und Neutralität der Gutachter gewährleistet sein.

- **Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagement (UQM)**

Unter „Qualitätsmanagement“ versteht man alle Tätigkeiten im Rahmen des Gesamtmanagement einer Organisation, die die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen. Qualitätsmanagement dient der kontinuierlichen Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Richtung der ethisch, rechtlich und fachlich festgelegten Anforderungen. Für Qualitätsmanagement sind alle Ausführungsebenen verantwortlich, es muß jedoch von der jeweils obersten Leitung vorgelebt und gesteuert werden. Es gilt, das erreichte Qualitätsniveau auf der Basis einer patienten- und mitarbeiterorientierten Qualitätsbeurteilung dauerhaft zu gewährleisten und kontinuierlich zu verbessern. Qualitätsmanagement soll vermeidbare Schäden nicht nur von Patientinnen und Patienten, sondern auch von den im Gesundheitswesen Tätigen abwenden, die durch Mängel der Versorgung oder ihrer Organisation entstehen. Es dient der Vertrauensbildung und Akzeptanz bei den internen und externen „Kunden“ und damit auch einer Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit. Werden Fehlerkosten durch Qualitätsmanagement vermieden oder reduziert, lassen sich dadurch Rationalisierungsreserven mobilisieren und die Wirtschaftlichkeit erhöhen.

Zwei Drittel aller regulierungsbedürftigen Behandlungsfehler und Schadensfälle gehen nach Analysen der Haftpflichtversicherer von Krankenhausträgern auf (vermeidbare) Organisationsmängel zurück. Die Anbieter im Gesundheitswesen, vor allem stationäre Einrichtungen, sollten daher verpflichtet werden, ein patientenorientiertes, umfassendes Qualitäts- und Risikomanagement (UQM) einzuführen und auszubauen. Dazu gehört z. B. eine verbands- und institutionenübergreifende, von den Körperschaften und Organen der Selbstverwaltung getragene Qualitätspolitik, eine Orientierung an international anerkannten Konzepten wie den DIN EN ISO Normen, die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen, die Aufnahme des Themas in die Aus-, Weiter- und Fortbildung, eine qualitäts- und kostenbezogene Abbildung und Dokumentation des Leistungsgeschehens, eine regelmäßige Qualitätsdarlegung sowie eine mitarbeiterzentrierte Organisationsentwicklung mit modernem Rechnungswesen, Kosten- und Leistungsrechnung und einem professionellen Controlling.

- **Qualitätsbezogene Dokumentation statt Datenhuberei**

Wer nicht weiß, was er tut oder mit fehlerhaften Daten arbeitet, kann weder steuern noch Qualität sichern. Die Dokumentation des Leistungsgeschehens in der Medizin, der Datentransfer zu den Kostenträgern, der Umfang der Diagnoseverschlüsselungen einschließlich der Plausibilitäts- bzw. Validitätskontrollen sollten völlig neu und umfassend konzipiert werden. Dies beinhaltet vor allem

- eine Klärung der Ziele für die verschiedenen Versorgungsbereiche,
- der Entwurf eines mit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder kompatiblen, qualitäts- und kostenbezogenen Dokumentationsmodells,
- die wissenschaftlich fundierte Festlegung geeigneter Qualitätsindikatoren, Referenzbereiche und Kriterien für die Gewichtung und Bewertung der Erkenntnisse sowie
- eine Bestandsaufnahme vorhandener Methoden und Techniken.

- **Keine Behandlung ohne entsprechende Qualifikation**

Ärztliche Leistungen, die besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen, und neu einzuführende Untersuchungs- und Behandlungsverfahren sollten nur nach spezieller Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden dürfen. Die Genehmigung sollte zeitlich befristet sein.

- **Facharzt auf Zeit**

Nur die Dinge, die man regelmäßig tut, kann man gut. Einmal Erlerntes ist schnell vergessen, wenn es nicht praktiziert wird. Die Berechtigung zum Führen von Weiterbildungsbezeichnungen (Gebiets-, Schwerpunkt und Zusatzbezeichnungen) sollte daher zeitlich befristet, ihre Verlängerung von einer erneuten Prüfung bzw. Akkreditierung abhängig gemacht werden. Wer regelmäßig in seinem Fachgebiet arbeitet und sich fortbildet, hätte keine Schwierigkeiten, diese Hürde zu nehmen.

- **Behandlungsstandards statt falsch verstandene Therapie-„freiheit“**

Standards und Normen werden oft per se - und zu Unrecht - mit einer Einschränkung des individuellen Handlungsspielraums gleichgesetzt. Ihre Anwendung ersetzt jedoch nicht die Verantwortung für eigenes Handeln. Normen beschreiben ordnungsgemäßes Verhalten im Regelfall. Ihre Einhaltung erhöht die Wahrscheinlichkeit, Ergebnisse im Sinne der Erfordernisse zu erhalten und kann unter forensischen Aspekten Schutz bieten. Trotz der vielfältigen Aktivitäten wissenschaftlicher Fachgesellschaften sind die bisher vorliegenden Behandlungsstandards und -leitlinien nicht hinreichend (insbesondere zur Indikationsstellung). Sie sollten vor allem methodisch auf der Höhe der Zeit erarbeitet werden, sodaß große Verbreitung, breite Akzeptanz, Effektivität und Überprüfbarkeit gewährleistet sind. Vertreter von Patientinnen und Patienten (z.B. aus dem Kreis der Selbsthilfegruppen) sollten dabei unbedingt einbezogen sein.

- **Bei Pfusch Geld zurück**

Zur Zeit zahlen die Krankenkassen selbst dort noch, wo nachweislich überflüssige, unvollständige oder sogar fehlerhafte Behandlungen vorliegen. Die Kostenträger, auch die Beihilfestellen, sollten gesetzlich verpflichtet werden, Anbieter von Gesundheitsleistungen und Medizinprodukten für Fehler, Mängel und gesundheitsschädigende Folgen ihrer Behandlungen oder Produkte in Regreß zu nehmen. Als Voraussetzung sind entsprechende Gewährleistungsklauseln in den bestehenden Gesamtverträgen oder eigene Gewährleistungsverträge, z. B. mit Zahnärzten sinnvoll.

- **Mehr Qualitätszirkel, Balint-Gruppen und Supervision**

Bei vielen Beschäftigten im Gesundheitswesen sind oft noch Vorbehalte gegenüber einer systematischen, kritischen (Selbst-)Reflexion und Evaluation ihrer Dienstleistungen in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre festzustellen. Gerade deshalb sollten quali-

tätssichernde Kommunikationsformen wie Qualitätszirkel, Balint-Gruppen oder Angebote der Supervision strukturell und finanziell in viel stärkerem Umfang gefördert werden. Da sie das persönliche, soziale und psychische Einfühlungsvermögen stärken, die oftmals vorhandene Isolierung als Individuum oder Berufsgruppe überwinden helfen und dazu beitragen können, starke Belastungen besser zu verkraften, sind sie auch ein wichtiges Element der Gesundheitsförderung.

- **Einführung einer Obduktionspflicht**

Die Obduktion ist eine der ältesten und effektivsten Maßnahmen zur Qualitätsprüfung, vor allem nach Krankenhausbehandlungen. Zudem könnte die Dunkelziffer unerkannter Tötungsdelikte erheblich gesenkt werden, was hinsichtlich der „Euthanasie“-Debatte zunehmend an Brisanz gewinnen dürfte. Infrage käme für den (nicht forensisch relevanten) Regelfall z.B. eine Widerspruchslösung (vorbehaltlich eines ausdrücklichen Widerspruchs des Patienten zu Lebzeiten bzw. nach dem Tod seitens der Angehörigen oder einer vom Patienten eigens dafür bestimmten Person darf obduziert werden).

- **Mehr Spielraum für Testprojekte**

Die derzeitigen Erprobungsregelungen (Sozialgesetzbuch V, §§ 63 bis 68) sind zu eng gefaßt. Sie eröffnen zu wenig Spielräume für Pilotprojekte (z. B. qualitätsbezogene Vergütungssysteme) auf der Basis spezieller vertraglicher Regelungen unter Aussetzung des Kontrahierungszwangs zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern.

3. Abschnitt

Struktur, Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens

I.

Die Gesundheitsförderung, der Schutz und die Wiederherstellung der Gesundheit sind öffentliche Aufgaben. Obwohl „öffentlich“ nicht notwendigerweise „staatlich“ bedeutet, ist der Schutz der gesundheitlichen Interessen des Einzelnen und der Allgemeinheit eine der Hauptaufgaben des Staates und seiner Organe. Die dazugehörige Versorgung der Bevölkerung sollte grundsätzlich vom Staat sichergestellt und gewährleistet werden. Sofern er die damit zusammenhängenden Aufgaben nicht selbst wahrnimmt (z. B. mittels Universitätskliniken, Justizvollzugskrankenhäusern oder dem Öffentlichen Gesundheitsdienst), delegiert er sie auf gesetzlicher Grundlage an nachgeordnete Träger und Leistungserbringer, z. B. öffentliche (kommunale) Krankenhäuser, frei-gemeinnützige und private Einrichtungen sowie an freiberuflich Tätige (z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte). Das Morbiditätsrisiko sollte dabei in jedem Fall die gesamte Gesellschaft tragen.

II.

Der uneinheitliche, derzeit auf verschiedenste Akteure aufgeteilte Sicherstellungsauftrag (Länder bzw. Krankenhausträger, KVen, Berufsgenossenschaften, Rehabilitationsträger, Rettungsdienste) ist in dieser Form kontraproduktiv, ebenso die unklare Abgrenzung von primär- und spezialärztlicher Tätigkeit. Gleichzeitig ist nicht länger hinnehmbar, daß die Gestaltung der Versorgung nur einem Teil der Anbieter und Kostenträger obliegt, ohne die Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten und einen Großteil nicht-ärztlicher Anbieter verbindlich einzubeziehen.

III.

Die vielfach propagierten „Einkaufsmodelle“, noch dazu in Verbindung mit einer monistischen Finanzierung der Krankenhäuser, sind keine taugliche Alternative zur gegenwärtig bestehenden Aufgabenverteilung, ebensowenig die gelegentlich diskutierte Übernahme der KV-Funktionen durch die Ärztekammern. Die Krankenkassen wiederum wären genauso wenig wie die bisherigen Akteure in der Lage, allein und aus eigener Kraft eine bedarfs- und patientengerechte, gleichmäßige Versorgung sicherzustellen, auf hohem Niveau zu halten und weiterzuentwickeln. Das heißt: Mit oder ohne monistische Finanzierung der stationären Versorgung sollte der Sicherstellungsauftrag nicht einfach den Krankenkassen übertragen werden, die zudem keiner direkten demokratisch legitimierten Kontrolle unterliegen.

IV.

Der Anteil der Gesundheitskosten am Brutto-Inlandsprodukt (dem gesamten „Reichtum“ der Gesellschaft) liegt seit Jahrzehnten zwischen 5,5 und 6,2%. Eine „Kostenexplosion“ gibt es nicht. Vielmehr sinken die Einnahmen, weil sie hauptsächlich von der Beschäftigungs- bzw. Lohnquote abhängen. Während die (unbereinigte) Bruttolohnquote, also der Anteil der Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit am Volkseinkommen, seit 1980 um ca. 8% gefallen ist, nimmt die Gewinnquote (Bruttoeinkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen) dementsprechend zu. Die Bindung der Beitragszahlung an ein Beschäftigungsverhältnis wird angesichts einer strukturellen Arbeitslosigkeit von bereits 35% (real 10%), der zunehmenden Entkoppelung von konjunktureller Entwicklung und Beschäftigungsquote, aber auch angesichts der steigenden Lebenserwartung immer fragwürdiger. Immer weniger Beschäftigte müssen derzeit mit immer weniger Einkommen (langsam) steigende Kosten des Gesundheitswesens tragen. Dazu kommen politisch bedingte, vom Gesetzgeber zu verantwortende Belastungen der beitragsfinanzierten Systeme durch „versicherungsfremde“ Leistungen, die schon aus Gründen der Gerechtigkeit eigentlich über Steuern zu finanzieren wären. Dies betrifft zwar vor allem die Renten- und Arbeitslosenversicherung, aber auch die Krankenversicherung könnte erheblich entlastet werden.

V.

Der sogenannte „Wettbewerb“ trägt nicht zur Verbesserung der Kostensituation bei, da ein mit zusätzlichen Fehlerkosten belasteter Verschiebehahnhof für „teure“ Patienten bzw. eine Rosinenpickerei bei sogenannten „guten Risiken“ stattfindet. Stattdessen fördert er die Entsolidarisierung, senkt die Qualität für schwer- und chronisch Kranke und verschlechtert die ohnehin bereits lückenhafte Vernetzung und Kommunikation.

Der VDÄÄ schlägt daher vor

- **Stärkung der Solidargemeinschaft statt Zwei-Klassen-Medizin**

Die paritätische Finanzierung durch Versicherte und Arbeitgeber, die Einkommensabhängigkeit der Beitragssätze, der gesetzlich festgelegte, einheitliche Leistungskatalog mit Beschränkung auf das medizinisch notwendige, ausreichende und zweckmäßige (Bedarfsprinzip) sowie das Sachleistungsprinzip haben sich vielfach bewährt. Diese Grundpfeiler einer solidarisch organisierten Krankenversicherung sollten nicht infrage gestellt und durch Elemente der privaten Krankenversicherung (z. B. Privatliquidationen, Kostenerstattung, Beitragsrückzahlungen usw.) untergraben werden. Bei den sogenannten „Regel“- und „Wahl“-Leistungen könnten sich nur finanziell besser Gestellte eine hochwertigere Medizin erlauben. Alle anderen wären auf Dauer unterversorgt, vor allem schwer und chronisch kranke Menschen. Das Beispiel USA verdeutlicht in erschreckender Weise die Konsequenzen eines derartigen Systems, das weite Teile der Bevölkerung kaum oder gar nicht erreicht, gleichzeitig das weltweit teuerste ist.

- **Neufassung und Vereinheitlichung des Sicherstellungsauftrags**

Um die Kontinuität, Gleichmäßigkeit, Qualität und vor allem Patientenorientierung der Versorgung gewährleisten und weiterentwickeln sowie das Gesundheitswesen vor problematischen Zugriffen kurzfristiger politischer Interessen schützen zu können, sollten auch weiterhin nachgeordnete, öffentlich-rechtliche Auftragnehmer die Sicherstellung übernehmen, allerdings aus einem Guß. Gesundheit und Krankheit sind schließlich nicht teilbar, ebensowenig die Patientinnen und Patienten. Der Auftrag müßte sich daher umfassend auf *alle* Aspekte der Gesundheitsversorgung beziehen, von der Gesundheitsförderung, Prävention und Diagnostik über die kurative Medizin bis hin zur Rehabilitation und Pflege. Die Auftragnehmer müßten schon aus verfassungsrechtlichen Gründen wie bisher auf Landesebene agieren.

- **Dreigliederung der Selbstverwaltung**

Die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens mit ihren ständisch und berufsgruppenspezifisch strukturierten Organen ist in dieser Form nicht mehr zeitgemäß. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen haben in all den Jahrzehnten ihrer Existenz immer wieder erkennen lassen, daß sie im unauflösbaren Dilemma zwischen standespolitisch-lobbyistischen Interessen einerseits, öffentlich-rechtlichen Kontroll- und Steuerungsaufgaben andererseits letztere z.T. sträflich vernachlässigten. Ihre Glaubwürdigkeit als Treuhänder und Sachwalter übergeordneter öffentlicher Interessen ist dadurch irreparabel geschädigt. Überfällig wäre eine klare Abgrenzung und institutionelle Trennung der beiden Bereiche und Funktionen. Denkbar wäre das folgende Modell mit insgesamt drei rechtsfähigen Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Landesebene:

Körperschaft „A“: In Körperschaft „A“ sind zu gleichen Teilen die Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger usw.) einerseits, deren Versicherte und weitere legitimierte Patientenvertreter andererseits vertreten.

Körperschaft „B“: Körperschaft „B“ wäre eine demokratisch gewählte, quotierte Vertretung aller Anbieter bzw. Gesundheitsfachberufe (Vertreter der stationären Einrichtungen (kurativ, rehabilitativ, Pflege), Haus-

ärzte, Spezialärzte, Zahnärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Hebammen, Logopäden, Ökotrophologen, Apotheker, Heil- und Hilfsmittelhersteller, Rettungsdienste usw.) mit einem gewählten Vorstand, einer hauptamtlichen Geschäftsführung sowie eigenen Sektionen für die verschiedenen Anbietergruppen bzw. Versorgungsbereiche.

Körperschaft „C“: Körperschaft „C“ würde Dokumentations-, Planungs- und Kontrollaufgaben übernehmen, z.B. die Gesundheitsberichterstattung und Evaluation, eine wissenschaftlich fundierte, für alle Beteiligten verbindliche Bedarfsplanung (einschließlich einer Krankenhaus- und Großgeräteplanung), die Festlegung von Qualitätsanforderungen, die Akkreditierung und Zulassung *aller* Anbieter (auch der „sonstigen Leistungserbringer“ nach §§ 124, 126 SGB V) nach bedarfs- und qualitätsorientierten Kriterien, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie die berufsrechtliche Aufsicht übernehmen.

Körperschaft „A“ und „B“ wären Vertragspartner. Der Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag obliegt ihnen gemeinsam. Die Sektionen der Körperschaft „B“ sollten jeweils ein eigenes Verhandlungsmandat mit Körperschaft „A“ und ein Vertragsrecht erhalten, um z.B. eigene Budgets, eigene Verteilungsmaßstäbe für Investitionen und Honorare oder spezifische Qualitätsforderungen auszuhandeln. Auf Bundesebene gäbe es Dachverbände der jeweiligen Körperschaften. Ärztekammern und KVen in ihrer gegenwärtigen Form, aber auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wären überflüssig. Die „gewerkschaftlichen“ Aufgaben dieser Institutionen würde die Körperschaft „B“ bzw. deren Sektionen übernehmen, die hoheitlichen bzw. öffentlich-rechtlichen (Kontroll-) Aufgaben Körperschaft „C“. Eine Ausweitung der Verkammerung von Heilberufen (z. B. auf die Pflegeberufe) wäre hinfällig. Die bestehende Berufsgerichtsbarkeit der Ärztekammern könnte ebenfalls abgeschafft werden.

Die Obersten Landesgesundheitsbehörden bzw. der Bundesgesundheitsminister sollte in diesem Modell letztinstanzliche Aufsichts- (Rechts- und Fachaufsicht) und Steuerungsinanz für alle drei Körperschaften sein, die Länder Träger der Krankenhausinvestitions- und -instandhaltungskosten auf der Basis der von Körperschaft „C“ entworfenen Rahmenplanung.

- **Schluß mit dem Verschiebepark in der ambulanten und stationären Versorgung**

Ein neugefaßter Sicherstellungsauftrag würde den althergebrachten Konflikt und die Konkurrenz ambulant/stationär auflösen, da die sektorale Trennung und Finanzierung (s.u.) nicht mehr bestehen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ könnte erstmals wirklich eingelöst werden, Fehlbelegungen würden drastisch zurückgehen ebenso wie die Reibungsverluste (z. B. Verwaltungskosten) an den Schnittstellen der Versorgungssektoren. Krankenhäuser wären nicht länger Auffangbecken für all diejenigen Patienten, die im ambulanten (KV-) Bereich nicht ausreichend versorgt werden (sollen). Großgeräte könnten sinnvoll ausgelastet werden. Überwunden wären auch die schwerwiegenden Hemmnisse bei der Nachsorge stationär behandelter Patienten. Der langfristige Behandlungserfolg wäre leichter zu verfolgen und zu dokumentieren. Erste Schritte wären kurzfristig die Streichung der 14-Tages-Frist und der Einvernehmensklausel bei der nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) und die institutionelle Beteiligung von Krankenhäusern (z. B. hochspezialisierte Abteilungen) an der ambulanten Versorgung in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten.

- **Verbesserung des Risikostrukturausgleichs**

Der RSA sollte beibehalten werden, um auch vonseiten der Krankenkassen jeden Anreiz zur Risikoselektion zu unterbinden und um den Wettbewerb um günstige Verträge mit den Leistungsanbietern zu unterstützen. Seine bisherige Form berücksichtigt direkt nur die Einnahmen-, nicht die Ausgabenseite. Vor allem das für die Ausgabenentwicklung

maßgebliche Morbiditätsspektrum (bisher nur unzureichend über die Indikatoren Alter und Geschlecht erfaßt) sowie die Härtefälle, aber auch die Krankengeldzahlungen sollten stärker in die Berechnung der Ausgleichszahlungen einfließen, evtl. unter Relativierung der bisher geltenden Indikatoren (z. B. Einkommensverteilung bzw. Beitragshöhe). Gelingt dies nicht, ist nicht nur mit der zunehmenden Ausgrenzung einkommensschwacher und behandlungsintensiver („teurer“) Patientinnen und Patienten, sondern auch mit dem baldigen Bankrott kleinerer Kassen zu rechnen, was den Weg in eine monopolistische und damit problematische „Einheitskasse“ ebnen würde.

- **Gliederung der ambulanten Versorgung in haus- und spezialärztliche Versorgung**

Trotz des gesetzlich festgelegten Gliederungsauftrags (§ 73 SGB V) stirbt der Hausarzt langsam aus, Fachärzte übernehmen zunehmend die Aufgaben der Primärversorgung. Dies ist jedoch nur in einigen Fachgebieten sinnvoll (z. B. HNO, Gynäkologie, Pädiatrie, Notfallmedizin). Für das Gros der Versicherten sollte eine Primärversorgung mit Allgemeinärztinnen und -ärzten sichergestellt sein, um eine koordinierte, kontinuierliche und damit wirtschaftliche Patientenbetreuung zu gewährleisten (Lotsenfunktion, Fall- und Versorgungsmanagement ärztlicher und nicht-ärztlicher Maßnahmen). Viele kostenträchtige und unnötige Doppel- und Mehrfachinanspruchnahmen, Informationsverluste, Dokumentationsmängel, Fehlbelegungen in den Krankenhäusern usw. könnten mit einer klaren Aufgabenteilung verhindert werden (vgl. dazu die Vorschläge des VDÄÄ von 1988 sowie das Gutachten des Sachverständigenrats von 1989 zum Primärarztssystem). Voraussetzung dafür sind aber ausreichende Weiterbildungskapazitäten, Rotationsstellen, Lehrstühle für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten und eine Weiterbildungsordnung, in der typisch allgemein- bzw. primärmedizinische Kenntnisse und Fähigkeiten wesentlich stärker berücksichtigt werden, vor allem die soziale und psychosoziale Kompetenz bzw. die fachliche Befähigung zur psychosomatischen Grundversorgung. Notwendig sind ebenso Anreize für die Versicherten, zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Denkbar wäre hier, für Direktinanspruchnahmen bestimmter Facharztgruppen ohne Überweisung das Kostenerstattungsprinzip einzuführen.

- **Beschränkung auf das Notwendige**

Unwirtschaftliche Einrichtungen und Überkapazitäten im stationären, aber auch im ambulanten Bereich sollten nach und nach sozialverträglich abgebaut werden.

- **Klassenloses Krankenhaus**

Überkommene und verkrustete hierarchische Strukturen verhindern vor allem in stationären Einrichtungen eine moderne „Qualitätskultur“. Die Kernelemente des Qualitätsmanagement wie die Entwicklung von Leitbildern, Unternehmenszielen und einer Qualitätspolitik, die kunden- und mitarbeiterorientierte Leistungserbringung, Evaluation und kooperative Betriebsführung sind vor allem den stationären Großbetrieben noch weitgehend fremd. Statt autoritärer Entscheidungen von Chefarzten, Abteilungsleitern oder Klinikdirektoren sind partnerschaftliche Diskussionen unter gleichberechtigten „peers“, das heißt im Team aller beteiligten Berufsgruppen, sind wissenschaftlich fundierte Argumente gefragt. Solange sachlich fundierter Widerspruch immer die Gefahr in sich birgt, bei der nächsten Vertragsverlängerung nicht berücksichtigt oder durch Entzug der Förderung, gar durch Mobbing hinausgedrängt zu werden, wird sich an der momentanen, in dieser Hinsicht desolaten Situation nichts ändern. Karrieren sind viel zu stark von persönlicher Protektion und Sympathie statt von objektivierbaren Leistungen in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre abhängig. Der Hauptgrund für die in Sachen Hierarchie besonders auffallende Erstarrung des Systems ist dessen finanzielle Alimentierung: die millionenschweren Erbhöfe aufgrund des privaten Liquidationsrechts. Dieses ist an und für sich bereits höchst fragwürdig; solange es noch besteht, sollte es jedoch auf alle ärztlichen Mitarbeiter ausgedehnt werden, nicht zuletzt, um die freie Arztwahl für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Damit verbunden wäre die Abschaffung des Chefarztprinzips, die Trennung der ärztlichen Erfahrungs- von der dienstrechtlichen Hierarchie, die Einführung flexibler, kollegialer, berufsgruppenübergreifender und demokratisch legitimierter

Leitungs- und Managementfunktionen und die Verteilung der Verantwortung auf alle Beteiligten.

- **Mehr Gruppen- und Gemeinschaftspraxen**

Ärztliche Kooperationsformen (z. B. Praxisassistenten, Gemeinschaftspraxen, Ambulatorien, integrierte Gesundheitszentren mit verschiedenen Gesundheitsfachberufen) sollten viel stärker gefördert werden. Hierfür bieten sich interdisziplinäre, kooperative, auch berufsgruppenübergreifende Praxisformen in Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen an, sofern sich dadurch - gerade im ländlichen Raum - die regionale Verteilung der Arztpraxen nicht zuungunsten der Patienten verändert. Alle in die ambulante Versorgung eintretenden Ärztinnen und Ärzte die Wahlmöglichkeit erhalten, ob sie wie bisher freiberuflich oder in einem Angestelltenverhältnis in Einrichtungen des ambulanten Versorgungssystems tätig werden wollen.

- **Optimierung der Notfallversorgung**

Dringend erforderlich wäre eine effizientere Organisation im Rahmen eines neu gefaßten Sicherstellungsauftrags, die flächendeckende Rund-um-die-Uhr-Versorgung, um unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, die Gewährleistung der fachlichen Kompetenz aller Beteiligten und die Senkung der Transportkosten (z. B. durch einen jährlichen Selbstbehalt bei Selbsteinweisungen (z. B. DM 200.- pro Jahr unter Anwendung der Härtefallklauseln).

- **Globalbudgetierung zur Steuerung der Ausgaben**

Die Budgetierung der GKV-Ausgaben sollte unbedingt beibehalten werden, um die Beitragssätze zu stabilisieren und die Ausgaben im Griff zu behalten. Ohne externe Begrenzung werden die Ausgaben die Einnahmen bei weitem übersteigen, da die Leistungsanbieter die Nachfrage selbst bestimmen oder induzieren können. Die sektorale Budgetierung der verschiedenen Versorgungsbereiche jedoch könnte zugunsten einer Globalbudgetierung aufgegeben werden, da sie nur den jeweiligen Status quo zementiert und innovationshemmend wirkt. Das Volumen des Globalbudgets dürfte sich nicht mehr an der (tendenziell sinkenden) Grundlohnsumme, sondern sollte sich z. B. am Bruttoinlandsprodukt („BIP-Linie“) orientieren und Erweiterungsmöglichkeiten bei unvorhergesehener Morbiditätsentwicklung vorsehen. Überschüsse durch Unterschreitungen des Budgets blieben im System und dürften für Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung verwendet werden. Als erster Schritt sollten ärztlich veranlaßte Folgeleistungen in die Budgetverantwortung der Ärzte einbezogen werden (§ 84 SGB V).

- **Stabilisierung der GKV-Finzen**

Die vielbeschworene „Kostenexplosion“ existiert nicht; vielmehr leidet die GKV angesichts der Massenarbeitslosigkeit an einer dramatisch verschlechterten Einnahmesituation. Diese verschärft sich noch erheblich durch das Angebot sozialpolitisch erwünschter Leistungen, die jedoch schon aus Gründen der Gerechtigkeit längst über Steuern hätten finanziert werden müssen. Statt Entsolidarisierung durch Zusatzversicherungen, Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen bestünden folgende Möglichkeiten, die Einnahmen zu erhöhen:

- Einbeziehung von Beamtinnen und Beamten in die GKV,
- Änderung der Bemessungsgrundlagen (Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- (und Pflege-)Versicherung (seit 1.1.1997: DM 6150.- ABL/5325.- NBL).- auf das Niveau der Renten- und Arbeitslosenversicherung (DM 8200.- ABL/7100.- NBL), dadurch Erhöhung der Zahl der Pflichtversicherten; Einbeziehung geringfügig Beschäftigter in die Sozialversicherungspflicht (12 Mrd.); Wiederanhebung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslose auf 100% (5 Mrd. DM)),
- Einbeziehung weiterer Einkunftsarten (z. B. Einkünfte aus Kapitalvermögen, Mieten usw.) in die Beitragsbemessung (außer bei Rentnern),

- Ausgleich für Beitragsverluste aufgrund der gekürzten Lohnersatzleistungen (insgesamt Verluste in Höhe von ca. 3,45 Mrd. DM, z. B. bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (1 Mrd. DM), beim Krankentagegeld (800 Mio. DM), beim Arbeitslosengeld, bei der Arbeitslosenhilfe (1,2 Mrd. DM), durch die Senkung des Arbeitslosenhilfeanspruchs durch Anrechnung sonstiger Einkünfte (250 Mio. DM) oder durch Kürzung anderer tariflich festgelegter Einkünfte (z.B. Weihnachtsgeld) (2 Mrd. DM),
- Ausgleich für Beitragsverluste durch das Altersteilzeitgesetz (230 Mio. DM),
- Ausgleich für die Kostensteigerungen durch Versicherung von Sozialhilfeempfängern (700 Mio. DM),
- Steuerfinanzierung bestimmter „versicherungsfremder“ Leistungen (2,5-4 Mrd. DM), z. B. Sterbegeld, Mutterschaftsgeld (900 Mio.), „nicht rechtswidrige“ Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (350 Mio.), Entbindungsgeld (34 Mio.), beitragsfreie Krankenversicherung während des Erziehungsurlaubs bzw. bei Empfang von Erziehungsgeld, beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (84 (ABL) +193 (NBL) Mio DM) und die beitragsfreie Mitversicherung von arbeitslosen Kindern über 18 Jahren. Alle diese Leistungen dürfen nicht gestrichen werden, sondern wären im Sinne einer gerechteren Lastenverteilung statt über Beitragssätze und damit Lohnnebenkosten über Steuern zu finanzieren, also unter Einbeziehung der Selbständigen, Beamten, Abgeordneten und Bezieher von Vermögenseinkünften,
- Finanzierung bestimmter Pflegeleistungen über die Pflegeversicherung (z. B. die häusliche Krankenpflege nach § 37, 2 SGB V (Behandlungspflege, ggfs. mit Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung), 2 Mrd. DM), Umstellung der Haushaltshilfe auf reines Sachleistungsprinzip (Verhinderung von Mißbrauch, 150 Mio.),
- **Ethik statt Monetik - ein neues Vergütungssystem**

Das System der Einzelleistungsvergütung führt zu krassen Fehlsteuerungen, fördert die merkantile Orientierung und setzt Anreize zu medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitungen.

Die in den Vergütungssystemen der ambulanten Versorgung (EBM und GOÄ) gesetzten Anreize und damit Steuerungsimpulse entsprechen nicht den Zielen einer rationalen und rationellen Gesundheitsversorgung (zuviel Technik, Labor und Arzneimittel, zu wenig Gespräch, zu wenig Prävention und Gesundheitsförderung). Die Vergütung ist obendrein meist unabhängig von der Qualität der Leistung, selbst dann noch, wenn nachweislich überflüssige, unvollständige oder fehlerhafte Behandlungen vorliegen. Sinnvoll wäre vor allem im primärärztlichen Bereich eine Mischung aus Kopfpauschale pro Patient, differenzierte Fallpauschalen und ein System zeitbezogener Einzelpositionen, z. B. für typische Leistungen wie präventive Maßnahmen, Hausbesuche etc. Es ist auch nicht einzusehen, warum ein und dieselbe ärztliche Leistung drei verschiedenen hohe Honorare (verschieden hohe Punktwerte bei den GKV-Regional- und Ersatzkassen (EBM) bzw. nach GOÄ (PKV)) auslösen kann und nur dazu führt, daß die Anbieter versuchen, Verluste im einen Bereich durch Mengenausweitungen im anderen auszugleichen. Hier sollte eine realistische, betriebswirtschaftlich solide und für das gesamte Bundesgebiet (Gleichstellung der neuen Bundesländer!) geltende Angleichung nach dem Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“ (bei Abschaffung der Hebesätze in der GOÄ) erfolgen, die nicht statlich festgesetzt (wie jetzt in der GOÄ), sondern zwischen den Vertragspartnern im Gesundheitswesen ausgehandelt wird (bei der GOÄ z. B. zwischen Körperschaft „B“ und den Verbänden der PKV) und nur noch der ministeriellen Aufsicht unterliegt. Voraussetzung dafür ist jedoch für die GKV in jedem Fall ein Globalbudget mit floatenden Punktwerten, um eine Mengenausweitung von vornherein zu verhindern.

Im stationären Bereich begünstigt die Vergütung mittels Fallpauschalen und Sonderentgelten, die sich an Durchschnittswerten orientieren müssen, bei gleichzeitiger Deckelung des Gesamtbudgets die Tendenz zur „Rosinenpickerei“: „Teure“ Patientinnen und Patienten,

also kostenintensive Behandlungen werden vermieden bzw. an die Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe (meist kommunale und Universitätskliniken) weitergeleitet. Die Folge für diese Krankenhäuser sind maximale Kosten bei Durchschnittserlösen und damit strukturelle Betriebsverluste, sprich: unvermeidliche rote Zahlen. Da liegt es nahe, Patienten auch dort einfach weiterzureichen, bei der Qualität zu sparen (z. B. einberechnete Teilleistungen gar nicht zu erbringen) oder sie zu früh nach Hause zu schicken. Dies wird durch Erfahrungen aus den USA bestätigt („quicker and sicker“). Die Folge sind u.a. Behandlungsverzögerungen, Qualitätsdefizite, (teure) Wiedereinweisungen, vermeidbare Nachbehandlungen oder gar irreparable Schäden, aber auch medizinisch nicht begründbare Leistungsausweitungen bei „attraktiven“ Pauschalsätzen. Das gesamte System der diagnosebezogenen Fallpauschalen („DRGs“) sollte erneut auf den Prüfstand, um Vor- und Nachteile gegenüberzustellen und ggfs. neue Wege in der Krankenhausfinanzierung einzuschlagen.

4. Abschnitt

Rationalisierungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen

Der gegenwärtige Medizinbetrieb mit seiner angebotsinduzierten Nachfrage und dem erheblichen, von der gegenwärtigen Politik sogar noch geförderten lobbyistischen Einfluß des schulmedizinisch-industriellen Komplexes (vor allem der Pharma- und Geräteindustrie) bietet eine große Zahl an Rationalisierungsmöglichkeiten. Sie wahrzunehmen würde die Versorgung der Bevölkerung nicht nur nicht beeinträchtigen, sondern sogar verbessern. Bereits die medizinisch nicht begründbare, aus wirtschaftlichen Motiven erfolgende unkritische Indikationsstellung bis hin zur Ausweitung medizinischen Handelns auf kerngesunde Menschen verursacht unnötige Kosten in Milliardenhöhe. Dabei erfüllt nach wie vor jede nicht-indizierte Diagnostik oder Therapie den Tatbestand der rechtswidrigen Körperverletzung. Verschwendung, Qualitätsdefizite, Behandlungsfehler bis hin zu krassen Betrügereien (Abrechnungsbetrug, Bestechungen, Preiskartelle) führen jährlich zu mindestens 30 bis 40 Mrd. DM - zumindest theoretisch vermeidbarer - Mehr- und Fehlerkosten. Solange dieses Potential noch nicht einmal annähernd ausgeschöpft ist, dürfte von Leistungsbeschränkungen, Selbstbeteiligungen usw. keine Rede sein. Stattdessen werden den Versicherten nicht nur diese Kosten zugemutet, sondern präventive und gesundheitsfördernde Leistungen sowie nachweislich wirksame, aber schonende „Alternativ“-Verfahren vorenthalten.

Der VDÄÄ schlägt daher vor

- **Beweisgestützte Medizin - keine Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ohne Nachweis ihrer Effektivität**

Sehr viele diagnostische und therapeutische Maßnahmen in der Medizin entbehren jeglicher empirisch-wissenschaftlichen Grundlage. Langfristig sollten nur solche Verfahren eingesetzt und von der Versichertengemeinschaft finanziert werden, die den Kriterien einer „evidence based medicine“ genügen, wobei nicht der schulmedizinisch-naturwissenschaftliche Rahmen, sondern eine statistisch nachweisbare Wirksamkeit die entscheidende Anforderung darstellt („wer heilt, hat recht“).

- **Mehr Gesundheitsförderung und Prävention**

Die Impfprophylaxe sollte beibehalten und ausgebaut werden, ebenso die regionalen Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (z.B. Stillförderung). Auf keinen Fall sollten physikalische bzw. Balneotherapie, Teil- und Ganzkörpermassage oder Krankengymnastik gestrichen werden, ebensowenig die Auslandsleistungen, sofern im Inland keine vergleichbaren Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

- **Kein Geld mehr für Überflüssiges**

Ohne die Versorgung zu verschlechtern könnte verzichtet werden auf: Osteodensitometrie (400 Mio.), Pneumenzephalographie, Gesundheitsuntersuchung als Regelleistung (§ 25 SGB V), Teile der präoperativen Diagnostik (Routine-Röntgen-Thorax, EKG, Labortests), Screening des Prostata-Karzinoms (PSA), Screening mit Tumormarkern, Triple-Diagnostik zur Erkennung der Trisomie 21, Toxoplasmose-Diagnostik während der Schwangerschaft, Röntgen der Nasennebenhöhlen bei v.a. akute Sinusitis, Thoraxröntgen bei älteren Rauchern, Hämoglobin-Bestimmung bei Nicht-Risikogruppen, Cholesterinbestimmung und -therapie der Laborwerte (insbesondere bei Kindern und Jugendlichen), Ruhe-EKG bei asymptomatischen Patienten, Mammographie als CA-Screening, Duplex-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße, BSG bei Gesundheitsuntersuchungen, TSH-Bestimmung bei symptomlosen Frauen über 45, prädiktive Gendiagnostik, Vorsorgekuren (350 Mio.), individuelle Zahnprophylaxe (Ersatz durch Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen, 300 Mio.)

Eine zumindest strengere Indikationsstellung wäre notwendig bei allen bildgebenden Verfahren (insbesondere Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule bei Rückenschmerzen, Röntgenuntersuchungen vor zahnmedizinischen Behandlungen, Linksherzkatheterisierungen/Koronarangiographie, Endoskopie des oberen Verdauungstraktes, Sonographie in der Schwangerschaft), Arthroskope des Kniegelenks, EKG/ Belastungs-EKG bei leichten koronaren Herzkrankheiten, operativen Eingriffen (bis zu 50% überflüssig, z.B. Appendektomien, Hysterektomien usw.) und stationären Kuren (250 Mio.)

Vor allem gilt es, neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nicht immer zusätzlich - also kumulativ - einem immer stärker veraltenden Arsenal hinzuzufügen, sondern sie unter Verzicht auf Verzichtbares alternativ einzusetzen.

- **Aufnahme bewährter „Alternativ“-Verfahren**

„Alternative“, jedoch wirksame Heilverfahren wie die Akupunktur (z. B. in der Schmerztherapie) und die Homöopathie (vor allem bei Kindern und Jugendlichen) sollten in den Leistungskatalog aufgenommen werden, ebenso die Gestalttherapie im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung.

- **Positivliste für Arzneimittel - kein Geld mehr für medizinischen Unsinn**

Alle allopathischen Pharmaka, deren Wirkung wissenschaftlich nicht erwiesen ist (Grippe- und Hustenmittel, Rheuma- Venensalben (500 Mio.), Immunstimulanzien, Enzyme, arterielle Durchblutungsstörungen (1,2 Mrd./Jahr), Östrogen-/ Biphosphonattherapie zur „Osteoporoseprophylaxe“, Infarkt-„Prävention“ mit Statinen, Vitamin E oder ASS, Melatonin, Hämorrhoidenmittel, Diabetes-Behandlung) sollten nicht mehr von der GKV finanziert werden (1 Mrd.).

- **Schluß mit dem Selbstbedienungsladen im Rettungsdienst**

Derzeit bestehen erhebliche Überkapazitäten und kartellartige Strukturen bei den Rettungsdiensten. In einer Reihe von Bundesländern werden die Gebühren sogar einseitig von den Anbietern allein festgesetzt. Die Kostenträger sollten hier als gleichberechtigte Vertragspartner auftreten können, die Vergütung auf adaptierbare Festbeträge oder Fallpauschalen umgestellt werden.

- **Schluß mit der Verschwendung von Arzneimitteln, Rationalisierung bei Heil- und Hilfsmitteln**

Das Einsparpotential liegt in diesem Bereich bei mindestens 13 Mrd. DM pro Jahr. Sinnvolle Maßnahmen wären

- die Beibehaltung des Arzneimittelbudgets,
- die Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel in die Festbetragsregelung (1 Mrd),
- die Absenkung der Festbeträge (1 Mrd.),
- die Verpflichtung zur Verordnung des jeweils kostengünstigsten Präparates z. B. Re-Importe (§ 129 SGB V)),
- die Einführung einer Positivliste (Beispiel: Kieler Liste, WHO-Liste statt derzeit 46000 Präparate),
- die Änderung des Wettbewerbsrechts, um Produktinformationen weitergeben zu dürfen (z. B. Warnung vor umstrittenen oder gefährlichen Arzneimitteln durch Organe der Selbstverwaltung),
- das Verbot jeglicher Erstattungsleistungen der Krankenkassen für Arzneimittel außerhalb der Positivliste,
- der Abbau der Über- und Fehlmedikation (10 Mrd),
- eine strengere Indikationsstellung auf der Basis der Positivliste,
- die Intensivierung des Arzt-Patient-Dialogs, Compliance-Erhöhung durch Gespräche (nicht jeder Kontakt muß mit einem Arzneimittelrezept zuende gehen),
- die Erhöhung der Compliance generell (allein in Niedersachsen wanderten 1995 370 t Arzneimittel in den Müll),

Memorandum Gesundheitspolitik

- die Verpflichtung zur Vorhaltung auch kleinster Mengen (statt Großpackungen),
- die Abschaffung des Apothekenmonopols, Dispensierrecht für Ärzte, Krankenhausapotheken und Hersteller,
- die Senkung der Gewinnspanne der Apotheken (z. B. von 30 auf 20%), Kürzung der Großhandelsspanne, Differenzierung des Kassenrabattes von seiten der Apotheken an die Krankenkassen je nach Umsatz (z. B. < 1 Mio. DM 4%, < 1,5 Mio. DM 6%, < 2 Mio. DM 8%, < 3 Mio. DM 10%, > 3 Mio. DM 16%) (1 Mrd.)

Auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittel können ohne Verschlechterung der Versorgung noch gespart werden, z. B. durch klarere Legaldefinitionen der Begriffe „Heilmittel“ (Dienstleistungen) und „Hilfsmittel“ (Sachen), die Einführung von Festbeträgen für orthopädische und sonstige Hilfsmittel (500 Mio.) und die Behandlung der Dialyse als nicht-ärztliche Leistung bzw. als Heilmittel (§ 126, 5 SGB V) (500 Mio.).

„Das Moment der Selbstreflexion
ist heute zu dem wahren Erbe
von dem geworden,
was einmal
moralische Kategorien hieß.“

Theodor W. Adorno 1963

Vorgelegt von Dr. med. Thomas M. Ruprecht, Hamburg
Mitglied der Hamburger ÄrzteOpposition

unter redaktioneller Mitarbeit von Matthias Albrecht, Dortmund, und Dr. Michael Bentfeld,
Hamburg

Kritik, Ergänzungs- und Änderungsvorschläge bitte schriftlich an Thomas Ruprecht:

Privatadresse: Hofweg 98
22085 Hamburg
040/229 18 53

Dienstadresse: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Abteilung Gesundheitsversorgung
Referat Versorgungsplanung
Hamburger Straße 47
D-22083 Hamburg
Tel. 040/2988-3719
Fax: 040/2988-2286 (Hauptverteilerstelle)

Die entsprechend überarbeitete Fassung des Memorandums wird dann im (nächsten) Rundbrief vor der MV veröffentlicht.

Jürgen Große

Kritikpunkte des VDPP zum Entwurf des VDÄÄ-Memorandums zur aktuellen Gesundheitspolitik

Seite 5, 4. Absatz

„Fehler kosten nämlich (zusätzliches) Geld, Qualität nicht.“

Dem können wir nicht ganz folgen, selbstverständlich kostet Qualität Geld, auch und gerade im Gesundheitswesen.

Seite 7, 3. Absatz

(Zustimmungslösung bei Organtransplantationen)

Wir lehnen diesen Absatz nicht mehrheitlich ab, halten aber seine Aufnahme in ein Papier dieser Art nicht für sehr glücklich, andere Standpunkte sind unserer Ansicht nach ebenso akzeptabel.

Seite 10, 2. Absatz

(Obduktionspflicht)

Die Aufnahme in das Memorandum halten wir aus ähnlichen Gründen wie bei der Transplantationsregelung nicht für sinnvoll.

Seite 11, 4. Absatz

(Keine „Kostenexplosion“)

Es wird zurecht festgestellt, dass eine „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen - gemessen am BIP-Anteil - nie

stattgefunden hat. Einige Sparvorschläge der folgenden Seiten, die teilweise den Eindruck erwecken, es solle um jeden Preis gespart werden, erscheinen vor diesem Hintergrund aber nicht unbedingt sinnvoll zu sein.

Seite 15, 3. Absatz

(Selbstbehalt bei Selbsteinweisungen)

Dieser Selbstbehalt wird von uns - zumindest in der vorgeschlagenen Höhe - angelehnt.

Seite 15, letzter Absatz

(Einbeziehung weiterer Einkunftsarten)

Wir sehen keinen Sinn darin, bei der Berücksichtigung weiterer Einkunftsarten Rentner nicht einzubeziehen.

Seite 16, vorletzter Absatz, letzter Satz

(Beibehaltung eines Globalbudgets mit floatenden Punktwerten)

Globalbudgets mit floatenden Punktwerten sind u.E. eine Bestrafung ehrlicher Ärzte und damit abzulehnen.

Seite 18, letzter Absatz

(Kein Geld mehr für Überflüssiges)

Einigen Streichvorschlägen könnten wir zustimmen, anderen nicht, wir halten uns auch nicht für kompetent, sie alle zu beurteilen, sehen aber die Gefahr, dass bei einer Streichung aus dem Leistungskatalog der GKV genau diese Leistungen künftig privat abgerechnet werden dürften.

Seite 19, 4. Absatz

(Positivliste)

Zustimmung! Der Beispielkatalog wirft allerdings Fragen auf, so ist z.B. Melatonin in der BRD nicht als Arzneimittel zugelassen, der Autor wird wohl auch kaum ernsthaft die Behandlung von Diabetes aus dem GKV-Leistungskatalog herausnehmen wollen.

Seite 19, letzter Absatz

(Arzneimittelbudget)

Wir halten das Arzneimittelbudget für kein taugliches Instrument, bei Durchsetzung auch nur eines kleinen Teils der gemachten Sparvorschläge wäre es zumindest überflüssig.

(Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel)

Zustimmung! Die raren echten Innovationen sollten allerdings ausgenommen bleiben.

(Absenkung der Festbeträge)

Diese ist bereits erfolgt.

(Re-Importe)

Eine Ausweitung der Reimporte halten wir aus Gründen der Arzneimittelsicherheit für bedenklich. Ökologische Bedenken sprechen ebenfalls dagegen. In den meisten Fällen kann mit Generika erheblich mehr gespart werden.

(Positivliste)

S.o. Die WHO-Liste scheint uns allerdings wenig geeignet zu sein, auch die „Kieler Liste“ weist Fehler und Lücken auf.

(Änderung des Wettbewerbsrechts)

Zustimmung!

(Verbot von Erstattungsleistungen für AM ausserhalb der Positivliste)

Es sollte auch nach der Einführung einer Positivliste die Möglichkeit geben, in begründeten und zu begründenden Ausnahmefällen andere Arzneimittel zu verschreiben.

(Abbau der ber- und Fehlmedikation)

Zustimmung, doch dürften sich damit wohl kaum 10 Mrd. sparen lassen.

(Strengere Indikationsstellung)

Zustimmung!

(Intensivierung des Arzt-Patient-Diagnoses)

Zustimmung!

In diesem Zusammenhang könnte sich aber ebenso die Frage stellen, ob jeder Arzneimittelabgabe ein Besuch einer Arztpraxis vorausgehen muss. Wir halten bei einigen Arzneimitteln, die dauerhaft angewandt werden sollen, die Verschreibung auf Folgerezepten, wie sie z.B. in den Niederlanden üblich ist, für sinnvoll. Dies setzte allerdings intensivere Kontakte zwischen ÄrztInnen und ApothekerInnen voraus. Die Apotheken müssten eine echte Therapiebegleitung durchführen, die blosser Abgabe von Arzneimitteln reichte nicht aus.

(Erhöhung der Compliance)

Zustimmung!

Arzneimuster haben einen deutlich überproportionalen Anteil am Arzneimittel. Es wäre zu überlegen, ob die

Abgabe von Musterpackungen nicht sinnvoller auf gesonderten von der Industrie zu bezahlenden Rezeptformularen in den Apotheken erfolgen könnte. Dies könnte eine deutliche Entlastung der Praxen vom Aufwand der Lagerhaltung bedeuten.

Seite 20, oben

(Vorhaltung auch kleinster Mengen)

Es stellt sich die Frage, ob die Verfasser hier die Industrie oder die Apotheken meinen. Was die Apotheken betrifft, so werden diese das am Lager haben, was gelegentlich in ihrem Bereich verschrieben wird. Eine Ausweitung des Substitutionsrechts könnte hier die Versorgungslage noch verbessern.

(Abschaffung des Apothekenmonopols)

Der durchschnittliche Verbrauch an Arzneimitteln ist in Ländern mit Dispensierrecht für ÄrztInnen höher als in solchen, die es nicht kennen. Wir meinen, dass sich die Trennung der Berufe durchaus bewährt hat.

Das Dispensierrecht würde u.E. die Arzneimittelsicherheit nicht unbedingt verbessern. Wir sehen, dass es durchaus Arztpraxen gibt, die mit der Lagerhaltung für Arzneimittel heute schon Probleme haben; die Abgabe verfallener Muster ist nicht die Regel, es kommt aber häufiger vor als bei der Abgabe von AM in der Apotheke.

Der Anteil von in den Praxen abgegebenen Mustern am Arzneimittel ist überproportional hoch, insofern dürfte das bestehende System auch unter Compliancegesichtspunkten sinnvoller sein.

(Senkung der Gewinnspanne von Apotheken)

Es dürfte nicht überraschen, dass dieser Vorschlag uns wenig amüsiert hat. Natürlich könnte die GKV damit ein paar Mark sparen, das könnte sie auch

bei einer Reduzierung der Punktwerte für ärztliche Leistungen um ein Drittel oder bei einer Halbierung des Krankenhausbudgets, Dinge, die wir nicht ernsthaft vorschlagen würden.

Eine durchschnittliche Apotheke mit 2,3 Mio. Umsatz (inkl. MWSt.) hat einen Rohgewinn von 27,9 % (bezogen auf den Umsatz inkl. MWSt.). Davon entfallen 20 % auf steuerlich abzugsfähige Kosten (Gehälter, Miete etc.), 7 % auf kalkulatorische Kosten (hauptsächlich Unternehmerlohn und Eigenkapitalverzinsung) und 0,9 % auf den betriebswirtschaftlichen Gewinn.

Eine Reduzierung der Handelsspanne um ein Drittel würde - bei heutigen Umsätzen - den Bankrott praktisch aller Apotheken bedeuten.

Wir haben keine Probleme damit, über die Art der Vergütung pharmazeutischer Dienstleistungen zu diskutieren (Fixzuschläge etc.), Ziel kann aber nur die Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung sein.

Jürgen Grosse für den Vorstand des VDPP

Hamburg, 7. August 1997

Zurück hinter Bismarck

„Selbstkostenbeteiligung“ – Ende der Solidarität

von Horst Schmitthenner

Die Frage, ob „Selbstbeteiligung“ mit dem Solidarprinzip vereinbar und als geeignetes politisches Steuerungsinstrument im Gesundheitssystem zu werten ist, kann nur noch mit rhetorischen Hintergedanken ernsthaft formuliert werden. Denn angesichts der theoretisch-wissenschaftlichen Debatte der letzten zwanzig Jahre, der empirischen Befunde einer Vielzahl von Studien sowie der konkreten Erfahrungen im Rahmen der Gesundheitspolitik der letzten zwei Jahrzehnte muß diese Frage als beantwortet gelten: Und zwar mit einem klaren und eindeutigen Nein! – Fünf Thesen zur Debatte.

Selbstkostenbeteiligung – eine rhetorische Mogelpackung

These 1:

Das, was in der gesundheitspolitischen Diskussion landläufig „Selbstbeteiligung“ genannt wird, vermag weder einen Beitrag zu einer rationaleren und gemessenen an gesundheitspolitischen Zielen effektiveren Steuerung der Ressourcen im Gesundheitssystem noch zur Stabilisierung oder Neuformulierung des Solidarprinzips in der GKV zu leisten. Diese Einschätzung kann angesichts der Erfahrungen der letzten zwanzig Jahre sowie der Ergebnisse der wissenschaftlichen Debatte als gesichert gelten.

Beginnen wir die Begründung dieser These mit einer begrifflichen Richtigstellung. Der Begriff „Selbstbeteiligung“ ist natürlich – wie allgemein bekannt – eine rhetorische Mogelpackung. Er suggeriert, daß sich die Versicherten erst durch die Zuzahlung bei Medikamenten, bei Krankenhausaufenthalten, bei Kuren usw. erstmalig an den entstehenden Kosten im Gesundheitssystem selbst beteiligen. Verdrängt wird somit die – eben-

falls bekannte – Tatsache, daß die Versicherten bereits 50 Prozent der Beitragseinnahmen der GKV aufbringen und somit von Beginn an an der Finanzierung der Gesundheitsleistungen „selbst“ beteiligt sind. Im Sinne begrifflicher Klarheit und verteilungspolitischer Redlichkeit will ich also im weiteren von einer „einseitigen Zusatzbelastung“ oder „zusätzlichen Kostenbeteiligung“ der Versicherten und Kranken sprechen.

Trotz aller Ausdifferenzierungen lassen sich die Argumente der Befürworter einer zusätzlichen Kostenbeteiligung der Versicherten im Kern wie folgt zusammenfassen: Getreu den (nachweislich realitätsfremden) Prämissen der neoklassischen Modell-Ökonomie wird der Versicherte als „homo oeconomicus“ aufgefaßt, als Konsument von Gesundheitsleistungen, der seine individuelle Kosten-Nutzen-Bilanz optimal auszugestalten sucht; d.h.: Je niedriger die Preise der „Gesundheitsprodukte“ sind, umso üppiger fragt er nach, je teurer sie werden, umso stärker wird die Nachfrage sinken. Ist eine Kostenbelastung etwa durch „Zwangsbeiträge“ vorgegeben und individuell nicht beeinflussbar, so wird dieser Nutzenmaximierer versuchen, für seinen zwangsweise zu entrichtenden Beitrag möglichst viele Güter zu ergattern. Mit anderen Worten: Der nicht vorhan-

dene bzw. nicht funktionierende Preismechanismus führt zu einer Übernutzung von Gesundheitsleistungen, was eine Vergeudung von knappen Ressourcen und damit permanente Kostensteigerungen im System zur Folge hat. Diese erfordern dann wiederum höhere Beitragssätze, was sogleich beim Versicherten den Eifer weckt, sich neue Strategien zu einer noch umfangreicheren Konsumierung von Gesundheitsgütern zu überlegen. Also: Je höher der Beitrag bzw. je billiger das Gipsbein, um so mehr davon will der auf sein ökonomisches Nutzenmaximum schieflende Versicherte haben. „Freibier-Verhalten“ eben – wie dies, nicht ohne unfreiwillige Assoziationen an deutsche Stammtische zu wecken, in der neoklassischen Gesundheitsökonomie genannt wird. In diesen Modellen wird nun die Inkraftsetzung eines marktwirtschaftlichen Preismechanismus über den Weg der Zuzahlung zur einzig sinnvollen Alternative, um wirtschaftlicheres Verhalten zu erreichen. Zuzahlungen übernehmen die Aufgabe der Preise.

Während sich diese Argumente vor allem auf die Plausibilität zuvor gemachter Modellannahmen berufen, können sich die Gegenargumente weitgehend auf empirische Forschung und politisch-praktische Erfahrungen stützen. Bereits vor 17 Jahren, also 1980, sind die Erfahrungen mit „Selbstbeteiligungsregelungen“ in der GKV wie folgt zusammengefaßt worden:

„1. Geringe Kostenbeteiligungen weisen – außer dem statistischen Entlastungseffekt für die GKV – keine nennenswerten Effekte auf.

2. Hohe Kostenbeteiligungen haben einen – zumindest kurzfristigen – Kostendämpfungseffekt, dafür aber problematische gesundheitliche und verteilungspolitische Wirkungen.



Beck

3. Die Kostenbeteiligung setzt am Patienten an, obgleich die Kostenexpansion gegenwärtig von Kostenfaktoren getragen wird, die dem Sachverstand und Einfluß des Patienten nur begrenzt zugänglich sind.⁴¹

Zu dieser trefflichen Zusammenfassung einer eigentlich abzuschließenden Debatte einige Anmerkungen:

Der sog. „Gesundheitsmarkt“

Zu 1.

Daß geringe Formen von zusätzlicher Kostenbeteiligung keinen nachweisbaren Einfluß auf die nachgefragten Mengen nach Gesundheitsgütern haben, liegt an dem spezifischen Gut „Gesundheit“. Der „Gesundheitsmarkt“ ist kein x-beliebiger Gütermarkt. Gesundheitsleistungen werden nachgefragt, wenn und weil Gesundheit geschädigt ist und wieder hergestellt werden muß; also weil Gesundheitsleistungen gebraucht werden und nicht weil sie billig sind. Oder andersherum: Wer krank ist, braucht Gesundheitsleistungen, ob sie billig oder teuer sind. Aus diesem nicht marktvermittelten Nachfrageverhalten nach Gesundheitsgütern ergibt sich die empirisch vielfach nachgewiesene und auch theo-

retisch plausible geringe Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsgütern.

Umverteilung

Zu 2.

Eine geringe Preiselastizität der Nachfrage bedeutet jedoch, daß spürbare Nachfragerückgänge eine hohe zusätzliche Kostenbelastung voraussetzen, die möglichst bei denjenigen, die die meisten Gesundheitsgüter nachfragen, am stärksten ausgeprägt sein sollte. Dadurch können zwar Nachfragerückgänge und damit Kostendämpfungseffekte erzielt werden, jedoch sind ausgesprochen problematische gesundheitliche und verteilungspolitische Wirkungen die Folge. Denn zum einen wird die gesundheitspolitisch völlig unsinnige Verhaltensweise finanziell belohnt, bei Auftreten von Krankheitssymptomen nicht zum Arzt zu gehen. Dadurch wird der Chronifizierung von Krankheiten in erheblichem Maße Vorschub geleistet, was letztlich deutlich höhere Kosten als eine Frühbehandlung mit sich bringt.

Gleichzeitig haben hohe Zuzahlungsbeträge verteilungspolitisch strikt abzulehnende Folgen, die überdies mit dem Solidaritäts-

gleich in der GKV nicht vereinbar sind. Kurz gefaßt bedeutet das Solidarprinzip in der GKV folgendes: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erfolgt nach dem Bedarf, ihre Finanzierung erfolgt – bis zur Beitragsbemessungsgrenze – über weitgehend einkommensproportionale Beiträge. Dieses Prinzip führt zu einer sozialpolitisch gewollten Abweichung von Finanzierungsbeitrag und Leistungsanspruchnahme eines durchschnittlich gesunden bzw. kranken Mitgliedes. Die in der Regel jungen und gesunden männlichen Beitragszahler, die über ihre Beiträge mehr in die GKV einzahlen, als sie an Gesundheitsleistungen abfordern, finanzieren also zu einem Teil die Leistungen derjenigen mit, die aufgrund von Alter und Krankheit mehr Leistungen in Anspruch nehmen als sie mit ihren Beiträgen finanzieren. Dies für eine solidarische Krankenversicherung unverzichtbare Regelung wird durch die stärkere Koppelung von individueller Beitragsleistung und individueller Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, sei es in Form von absoluten oder prozentualen Selbsthalten, Leistungsausgrenzungen oder Modellen zur Beitragsrückerstattung untergraben

Dabei konzentrieren sich die zusätzlichen Belastungen insbesondere auf Ältere und multimorbide Versicherte. So ist etwa in der Augsburger Studie von Anita Pfaff u.a. nachgewiesen worden, daß sämtliche Formen der zusätzlichen Kostenbeteiligung der Versicherten „auf Verteilungspositionen bezogen, weitgehend eine Umverteilung von unten nach oben, alt an jung, Frauen an Männer sowie von Kinderlosen an Familien mit Kindern“ darstellen.²

Neben dieser versicherteninternen Umverteilung muß natürlich auch der Umverteilungseffekt zwischen Kapital und Arbeit benannt werden. Er stellt vermutlich die eigentliche Triebfeder der aktuellen „Selbstbeteiligungs-Debatte“ dar. Dabei werden im Zuge der allgemeinen Standort-Hysterie die angeblich zu hohen Arbeitskosten zur Hauptursache der strukturellen Massenarbeitslosigkeit erklärt. Auch hier werden systematisch Forschungsergebnisse (z.B. des Ifo-Institutes aus München, des DIW aus Berlin, des Bundesarbeitsministeriums usw.) ignoriert, die darlegen, daß die angeblich zu hohen Arbeitskosten (also direkte Lohnkosten plus sog. Lohnnebenkosten) durch die hohe Produktivität gedeckt sind. Arbeitsmarktpolitisch läßt sich also kein Umverteilungsbedarf reklamieren. Bekanntlich ist jedoch trotz dieser Tatsachen die zusätzliche Kostenbelastung bereits soweit vorangeschritten, daß sich das Gesamtvolumen auf über 20 Milliarden DM beläuft, und damit die Versicherten Ende 1996 real bereits 60 Prozent der Gesundheitsausgaben finanzierten, und sich der Anteil der Arbeitgeber lediglich noch auf 40 Prozent belief.

Individuelles Patientenverhalten beeinflusst kaum Kosten

Zu 3.

Nahezu alle Strategien, die durch Sanktionen ausschließlich das individuelle Kostenverhalten der Patienten beeinflussen wollen, lau-

Letztlich bestimmen insbesondere die Ärzte über Ausgestaltung und Umfang medizinischer Leistungen, so wie Pharma-Industrie und Apothekensystem den entscheidenden Einfluß auf die Preise von Medikamenten besitzen. Nehme ich nun noch Probleme wie die medizintechnisch mitverursachte Überdiagnostik in der ambulanten wie stationären Versorgung mit hinzu, so warte ich bis heute auf eine plausible Aufzählung der Bereiche, in denen der Kranke zur Reduzierung „seines Kostenaufwandes“ entscheidend beitragen kann.

fen ins Leere. Zweifelsohne existieren „Selbsthilfepotentiale“ und Möglichkeiten individueller Verhaltensänderungen, die auch Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und somit letztlich auf die Kostenentwick-

lung im Gesundheitswesen haben. Aber diese sind nachweislich nach Bildungsgrad, sozialem Status usw. unterschiedlich und insbesondere in den Versichertengruppen, die das höchste Krankheitsrisiko aufweisen, am schwächsten ausgeprägt.

Darüber hinaus sind sowohl ein Großteil der Krankheitsursachen als auch die wirklich kostentreibenden Strukturen im Gesundheitssystem durch individuelles Patientenverhalten kaum beeinflussbar. Ob ein Arbeitgeber seiner Verpflichtung nachkommt, im Zuge eines präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes krankheitsverursachende und gesundheitsverschleißende Arbeitsumweltbedingungen zu beseitigen oder nicht, hat nicht viel mit der individuellen Zuzahlungsquote bei Medikamenten und Kuren zu tun und kann allenfalls durch die kollektive, betriebliche Interessvertretung beeinflusst werden. Nicht viel anders sieht es bei der Frage der Entstehung der Nachfrage nach Gesundheitsgütern aus. Bekanntlich haben wir es im Gesundheitssystem mit einer angebotsinduzierten Nachfrage zu tun, die der einzelne Versicherte – Freiberger hin oder her – kaum zu beeinflussen vermag. Denn letztlich bestimmen insbesondere die Ärzte über Ausgestaltung und Umfang medizinischer Leistungen, so wie Pharma-Industrie und Apothekensystem den entscheidenden Einfluß auf die Preise von Medikamenten besitzen. Nehme ich nun noch Probleme wie die medizintechnisch mitverursachte Überdiagnostik in der ambulanten wie stationären Versorgung mit hinzu, so warte ich bis heute auf eine plausible Aufzählung der Bereiche, in denen der

Kranke zur Reduzierung „seines Kostenaufwandes“ entscheidend beitragen kann.

Als Fazit bleibt festzuhalten: Zusätzliche Kostenbeteiligung der Versicherten ist weder ein effektives Instrument einer rationelleren Ressourcensteuerung, noch ist es mit dem Solidarprinzip vereinbar. Es ist vor allen Dingen ein Mittel – und wenigstens dies sollte aus den Debatten der vergangenen Jahre gelernt worden sein – mit dem die Verteilungsmasse für Versorgungsleistungen ohne Beitragserhöhungen und ohne Solidarausgleich vergrößert werden soll. Zu wessen Gunsten, wird noch zu untersuchen sein.

Zurück hinter Bismarck

These 2:

Nicht die durch die Versicherten verursachten Kosten, sondern die zusätzlichen Belastungen im Zuge der sog. Zuzahlungsregelungen sind explodiert – und dies, obwohl die Untauglichkeit dieser Instrumente für eine wirklich zielführende Reform längst bekannt ist.

Daß sich die zusätzliche Kostenbeteiligung vor den Zielen einer sozialen und effektiven Gesundheitspolitik bis auf die Knochen blamiert, war eigentlich schon bis zu Horst See-

Das nun vorgelegte „Reformkonzept“ läuft auf ein Ende der Kostendämpfungspolitik hinaus. Statt dessen konzentriert sich die Politik darauf, einen Mechanismus zu etablieren, der die einseitige und alleinige Belastung der Versicherten mit dem wohl nun hinzunehmenden Kostenanstieg sicherstellt. Profitieren werden vor allem die Leistungsanbieter, insbesondere Ärzte, Zahnärzte und Pharma-Industrie.

hofer durchgedrungen. Nachdem in den Jahren zuvor die Zusatzbelastung der Versicherten kontinuierlich ausgedehnt wurde, antwortete Horst Seehofer z.B. in einem Interview (Stern Nr. 39 / 1995) auf die Frage, ob die Versicherten zukünftig noch mehr draufzahlen müßten mit den Worten: „Nein! Wir können nicht die hohe Steuer- und Abgabenglast der Bevölkerung beklagen und gleichzeitig den Kranken weitere Kosten aufdrücken.“ Und selbst noch im Juli 1996 verkündete Horst Seehofer vollmundig in der Wochenzeitung DIE ZEIT (v. 5.7.1996): „Ich kämpfe mit aller Kraft dafür, daß eine Ausweitung der Selbstbeteiligung nicht kommt. Ich möchte sogar sagen: Mit mir wird es sie nicht geben.“

Nun wissen wir heute alle, daß es sie gegeben hat. Und zwar mit Horst Seehofer und auch noch in einem Ausmaß, das alles bisher Dagewesene sprengt. Bereits im sog. „Beitragsentlastungsgesetz“ 1996 wurden die Zusatzbelastungen der Versicherten massiv erhöht und zugleich Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung drastisch gekürzt. Zu verweisen ist hierbei auf die Anhebung der Zuzahlbeträge für Arznei-, Verbands- und Heilmittel sowie für Kuren; und zugleich auf die drastische Senkung bzw. Streichung von Zuschüssen der Krankenkassen zu Brillengestellen, Zahnersatz sowie im Krankengeld. Doch dies muß aus heutiger Sicht lediglich als die erste Stufe einer wahrlichen Explosion der zusätzlichen Kostenbeteiligung der Versicherten bewertet werden. Denn im bereits beschlossenen „1. NOG“ sind weitere Maßnahmen zur Belastung der Versicherten durchgesetzt worden.

► Alle festen D-Mark-Beträge für Zuzahlungen werden in Zwei-Jahres-Schritten kon-

tinuierlich, erstmals ab 1.7.1997, erhöht; bei Arzneimitteln erfolgt die Erhöhung erstmals ab 1.7.1999.

► Zusätzlich können die Kassen zukünftig darüber hinaus bestehende Zuzahlungsbeträge erhöhen, und in den Jahren 1997 bis 1999 haben alle Mitglieder der GKV einen zusätzlichen Betrag von 20 DM als sog. Notopfer zur Sanierung der Krankenhäuser zu tragen.

Doch nach dem Motto „Ist der Ruf erst ruiniert, lebt sich's gänzlich ungeniert“ setzt Horst Seehofer im 2. NOG, das sich noch im parlamentarischen Beschlußverfahren befindet, noch einmal erheblich einen 'drauf.

► Alle Zuzahlungen der Versicherten werden noch einmal um sage und schreibe 5 DM bzw. 5 Prozentpunkte erhöht: Lediglich Kuren und Reha-Maßnahmen sollen ausgenommen werden. Das bedeutet, daß z.B. die Zuzahlung bei Arzneimitteln mittlerweile nicht mal mehr die soeben erst erhöhten Summen von 4, 6 und 8 DM umfassen, sondern daß sie ab 1.7.1999, 11 und 13 DM betragen sollen. Nach Angaben des Bundesverbandes der BKK müssen die Versicherten, die bereits nach den zu Beginn des Jahres 1997 geltenden Bestimmungen einen Anteil von 3,8 Milliarden DM an den Arzneimittelausgaben zusätzlich zu tragen hatten, zukünftig noch einmal jährlich rund 3 Milliarden DM zusätzlich für Medikamente aufbringen. Damit tragen sie alleine über die zusätzliche Kostenbeteiligung 20 Prozent der gesamten Arzneimittelkosten, und der Zuzahlungsbetrag liegt bei 30 Prozent der Arzneimittel mittlerweile so hoch, daß die Patienten die Medikamente vollständig selbst bezahlen müssen. Durch die Gesamtheit dieser Regelungen verschiebt sich die ehemals paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Richtung 70 zu 30 zu Lasten der Versicherten. Was als Reform gefeiert wird, führt zurück hinter Bismarck!

Der beliebte Verweis auf die verbesserten Befreiungsmöglichkeiten durch die sog. „Härtefall-Regelung“ oder die „Überforderungsklausel“ greift nur bedingt, da verschiedene Zuzahlungen wie z.B. im Bereich der Krankenhausbehandlungen oder bei Anschluß-Reha-Maßnahmen überhaupt nicht von diesen Regelungen erfaßt werden.

Von nicht geringerer Tragweite sind jedoch auch die neuen Regelungen, die sich hinter den Schlagworten wie mögliche Beitragsrückerstattung oder Selbstbehalte verbergen. Hier wird Abschied genommen von einer Beitragsgestaltung, die in der GKV einen internen Solidarausgleich sicherstellt. Dabei ist auch hier in der gesundheitspolitischen Debatte ausreichend belegt, daß Tarife mit unterschiedlichem Direktzahlungsanteil bei ärmeren Versicherten Unterversicherung und damit Nichtnutzung von Versorgungschancen im Krankheitsfall provozieren. In die gleiche Richtung wirkt Beitragsrückerstattung, die zusätzlich noch die für den Solidarausgleich zur Verfügung stehenden Finanzmassen zugunsten der Jungen und Gesunden verringert. Mit anderen Worten: Die angebli-

chen Reformelemente in Seehofers Konzept müssen nach den Maßstäben einer effizienten und sozialen Krankenversicherung als „Trojanische Pferde“ qualifiziert werden, die nicht eine Stabilisierung, sondern den Untergang der solidarischen Gesundheitsversorgung befördern werden.

Ende der Kostendämpfungspolitik

These 3:

Mit dem „Beitragsentlastungsgesetz“ und den beiden NOGs haben wir einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik erlebt. Die lange Tradition einer (versuchten) „Kostendämpfungspolitik“ ist einer ordnungs- und kostenpolitischen Kapitulation vor den Strukturdefiziten innerhalb des Gesundheitssystems gewichen. Die solidarische Krankenversicherung wird dem parteipolitischen Überleben der F.D.P. und damit der Regierungskoalition geopfert – und bleibt auf der Strecke.

Konnten die bisherigen Maßnahmen noch als – wenn auch nicht gerade ausgewogene Versuche – gewertet werden, über Budgetierungen, eine regulierte Wettbewerbsordnung und eine beständig voranschreitende, aber in gewisser Weise doch noch dosierte Kostenverlagerung auf die Versicherten via Zuzahlung die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu bremsen, so läuft das nun vorgelegte „Reformkonzept“ auf ein Ende der Kostendämpfungspolitik hinaus. Statt dessen konzentriert sich die Politik darauf, einen Mechanismus zu etablieren, der die einseitige und alleinige Belastung der Versicherten mit dem wohl nun hinzunehmenden Kostenanstieg sicherstellt. Profitieren werden vor allem die Leistungsanbieter, insbesondere Ärzte, Zahnärzte und Pharma-Industrie.

Daß es bei ihnen nicht um eine Kostenbegrenzung, sondern um die Bedienung ihrer nicht selten überzogenen Einkommenserwartungen geht, wird nicht zuletzt daran deutlich, daß die Budgets im Bereich von Medikamenten durch Richtgrößen abgelöst werden. Zukünftig sollen die Ärzte und Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, arztgruppenspezifische Richtgrößen zu vereinbaren. Diese Regelung würde nach Ansicht der Betriebskrankenkassen Jahr für Jahr zu zweistelligen prozentualen Ausgabensteigerungen im Bereich der Arzneimittel führen. Dies würde unter bisherigen Bedingungen einen erheblichen Druck auf die Beitragssätze ausüben. Deshalb sollen Kassen, die sich dazu gezwungen sehen, mit harten Wettbewerbsnachteilen bestraft werden. Sie müssen bekanntlich pro 0,1 Prozentpunkte Beitragssatzanhebung Zuzahlungen um 1 DM bzw. 1

Prozentpunkt erhöhen. Höhere Beitragssätze können aufgrund des immer brutaler werdenden Kassenwettbewerbs aber sehr schnell das Überleben einer ganzen Kassenart in Frage stellen. Überleben wird auf Dauer freilich nur die wettbewerbsstärkste Kassenart, also diejenige, der es am besten gelungen ist, sich vor den „schlechten Risiken“ abzusichern. Denn der Wettbewerb der Kassen geht natürlich nicht um die alte, kränkliche und von einer Minirente lebende Frau, sondern um den jungen, dynamischen und (noch?) gesundheitsstrotzenden Ingenieur mit einem Monatsgehalt deutlich über der Beitragsbemessungsgrenze.

An allen Ecken und Enden wird deutlich, daß es insbesondere der FDP gelungen ist, ihr Klientel vorzüglich zu bedienen und die Gesundheitspolitik als Feld parteipolitischer Profilierung zu nutzen. Daß Bundesgesundheitsminister Seehofer dies im Interesse des grundsätzlichen Überlebens der Koalition zugelassen hat, verweist darauf, daß die sozialen Kosten der Überlebenskrise dieser Koalition langsam das Erträgliche übersteigen.

Robin Hood verkehrt

These 4:

Eine wirklich Erfolg versprechende Politik einer sozial verantwortlichen Kostendämpfung hat sich über die realen Dimensionen und Ursachen der Kostenprobleme in der GKV zu informieren und die wirklich kostentreibenden Strukturdefizite anzugehen.

Angesichts der allgemeinen Rede von der seit 20 Jahren anhaltenden und immer bedrohlicher werdenden Explosion der Kosten im Gesundheitswesen mag man kaum noch auf die

So kleinmütig, wie sich Horst Seehofer vor den Interessen einer kapitalstarken Industriebranche beugt, so mutig greift er über die bereits erwähnten „Selbstbeteiligungsregelungen“ in die Tasche der Versicherten und Kranken. Robin Hood verkehrt! Und da fragen ganze Heerscharen von Politikwissenschaftlern noch ernsthaft, woher das Mißtrauen in die Politik, Wahlabstinz und Politikverdrossenheit kommen.

ökonomischen Fakten verweisen. Aus diesen ergibt sich nämlich ein ganz anderes Bild des Kostenproblems. Richtig ist zunächst: Die Kosten und Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung sind in den letzten Jahren fast kontinuierlich angestiegen. Betrag der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV 1975 10,5 Prozent, so ist er bis 1996 auf circa 13,5 Prozent angestiegen. Eine ähnliche Steigerung ist auch bei den nominalen Ausgaben der GKV zu verzeichnen. Betrachtet man jedoch, wieviel die Gesellschaft von ihrem gesamten Reichtum, also dem Bruttoin-

landsprodukt, für Aufwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bereitstellt, so wird deutlich, daß der Anteil der Leistungsausgaben der GKV seit etwa 2 Jahrzehnten in einer Spanne zwischen 5,9 Prozent (1975) und 6,5 Prozent (1995, alte Bundesländer) schwankt. Lediglich aufgrund der Sonderbedingungen in Ost-Deutschland beträgt er gesamtdeutsch 6,9 Prozent (1995).

Woher aber dann die steigenden Beitragsätze? Bei genauerer Betrachtung wird deutlich: Das Kostenproblem in der gesetzlichen

An effektiven und sozial verträglichen Reformvorschlägen für das Gesundheitssystem mangelt es nicht. Voraussetzung für ihre Umsetzung ist freilich, die von Seiten der marktradikalen Wissenschaft und Politik sorgsam gepflegten Mythen zu entzaubern und politische Mehrheiten für eine wirkliche Reform der solidarischen Krankenversicherung zu sammeln.

Krankenversicherung ist kein Ausgabe-, sondern vor allem ein Einnahmeproblem. Die Ausgaben in der GKV werden nahezu ausschließlich aus Beiträgen finanziert. Die entscheidende Bezugsgröße ist also die volkswirtschaftliche Bruttolohn- und Gehaltssumme. Für diese Größe ist ausschlaggebend, wieviele Beschäftigte Löhne und Gehälter in welcher Höhe beziehen. Und gerade hier steckt das Problem: Aufgrund der chronischen Massenarbeitslosigkeit und der Umverteilungspolitik von unten nach oben hat sich der Anteil der abhängig Beschäftigten am Volkseinkommen in den letzten Jahren erheblich verschlechtert. Der sinkenden Lohnquote stand spiegelbildlich ein Anstieg der Gewinnquote gegenüber. Aber damit sank auch die Bezugsgröße für die Beitragsbemessung (nicht nur) zur GKV. Die Folge: Die relativ mäßig steigenden Kosten im Gesundheitswesen müssen von immer weniger Beschäftigten mit immer geringer wachsenden Einkommen aufgebracht werden. Der Anteil, den jeder von seinem Bruttoeinkommen bereitstellen muß, wächst: Die Beitragsätze steigen.

Gleichwohl soll natürlich nicht geleugnet werden, daß es in einzelnen Sektoren des Gesundheitssystems gesundheitspolitisch nicht sinnvolle, überproportionale Steigerungen von Kosten gegeben hat und heute noch gibt. Aber auch dies kann nicht einer angeblichen Freibier-Mentalität der Versicherten, sondern eher der Feigheit der Politik, die wirtschaftlich kostentreibenden Machtverhältnisse und Strukturen in der GKV anzupacken, zugeschrieben werden. Das Paradebeispiel dafür ist der bereits erwähnte Sektor der Arzneimittel. Die Ausgaben der GKV für Arzneimittel sind 1996 in den westlichen Bundesländern um 6,9 Prozent gestiegen. Schon in den beiden Vorjahren hatten die Arzneimittelausgaben

der GKV wieder kräftig zugenommen (1994: 4,9 Prozent; 1995: 7,4 Prozent), nachdem sie 1993 durch die Einführung der Arzneimittelbudgetierung im Gesundheitsstrukturgesetz drastisch gesunken waren (minus 19,5 Prozent). Im Zuge der strukturellen Reformmaßnahmen war bekanntlich ursprünglich geplant, durch die Einführung einer „Positivliste“ hier zu einer gesundheitspolitisch sinnvollen Kostendämpfung zu gelangen. Daß Horst Seehofer dieses sinnvolle Instrument wie eine heiße Kartoffel fallen ließ, stellt nicht

nur einen Bruch des mit der SPD geschlossenen „Lahnsteiner Kompromisses“, sondern auch einen blamablen Knicks vor der Lobbymacht der Pharma-Industrie dar. Aber so kleinmütig, wie sich Horst Seehofer vor den Interessen einer kapitalstarken Industriebranche beugt, so mutig greift er über die bereits erwähnten „Selbstbeteiligungsregelungen“ in die Tasche der Versicherten und Kranken. Robin Hood verkehrt! Und da fragen ganze

Heerscharen von Politikwissenschaftlern noch ernsthaft, woher das Mißtrauen in die Politik, Wahlabstinenz und Politikverdrossenheit kommen.

Wirkliche Refomen: einer Schlaglichter

Zu meiner 5. und letzten These:

Zu einer sinnvollen, d.h. gesundheitspolitisch vertretbaren und ökonomisch effektiven Begrenzung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen führt nur ein reformerisches Politik-Mix, das sowohl auf eine Einnahmeverbesserung wie auf die Behebung struktureller Defizite der GKV abzielt.

Hier nur einige Schlaglichter zu diesem Bereich in kursorischer Kürze:

► Um das Einnahmeproblem der GKV zu entschärfen, fordern die Gewerkschaften eine Ausweitung von Beitragspflicht und Versicherungsschutz. Konkret wird daher vorgeschlagen, die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze in der GKV in einem ersten Schritt auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben: zugleich sollte die Befreiung geringfügig Beschäftigter von der Sozialversicherungspflicht aufgehoben werden. Durch diese beiden Maßnahmen würden der GKV neue Einnahmen in Höhe von circa 12 Milliarden DM zufließen.

► Zu einer akzeptablen Form der Kostenbegrenzung könnte eine mittelfristige Globalbudgetierung der Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Steigerungsraten des Budgets könnten an der durchschnittlichen Entwicklung von Löh-

nen und Gehältern (Grundlohnsomme) oder der Wirtschaftskraft (Bruttoinlandsprodukt) orientiert werden. Sollte aus Gründen eines sinnvollen medizinischen Fortschritts oder anderer Erfordernisse der Gesundheitsversorgung zusätzlicher, sinnvoller Finanzbedarf entstehen, so könnte dies bei der Bemessung des Budgets berücksichtigt werden.

► Ein erhebliches Einsparpotential besteht zweifelsohne im Bereich der Medikamente. Daher fordern wir weiterhin die Einführung einer „Positivliste“, auf der alle nachgewiesenermaßen therapeutisch wirksamen und erstattungspflichtigen Arzneimittel aufgelistet sind. Diese Medikamente könnten dann ohne Zuzahlung an die Versicherten abgegeben werden. Die Einsparpotentiale einer solchen Positivliste belaufen sich auf etwa 5 bis 7 Milliarden DM.

► Auch im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung existieren eine Reihe von sozial verträglichen Einsparmöglichkeiten; sie reichen von einer neuen Gebührenregelung für Vertragsärzte über die Förderung von Hausärzten durch getrennte, ausreichend ausgestattete Budgets bis hin zu einer kostengünstigeren Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte, gefördert z.B. durch degressive Vergütungsregelungen; insgesamt wird gerade am Beispiel einer effektiveren Nutzung der Medizintechnik die Unsinnigkeit der aktuellen strengen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung augenfällig. Auch hier liegen konkrete Reformvorschläge auf dem Tisch, die z.B. in Richtung moderner Gesundheitszentren weisen.

An effektiven und sozial verträglichen Reformvorschlägen für das Gesundheitssystem mangelt es nicht. Voraussetzung für ihre Umsetzung ist freilich, die von Seiten der marktradikalen Wissenschaft und Politik sorgsam gepflegten Mythen zu entzaubern und politische Mehrheiten für eine wirkliche Reform der solidarischen Krankenversicherung zu sammeln.

*Horst Schmittthener,
geb. 1941, geschäftsführendes
Vorstandsmitglied der IG Metall*

Anmerkungen

Der Artikel geht zurück auf ein Statement auf dem 4. Bayreuther Gesundheitsforum der AOK-Bayern im April 1997.

- 1 Ulrich Geissler: Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.): Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980, S. 37-57, hier: S. 55.
- 2 Anita Pfaff: Verteilung und Umverteilung durch das Gesundheitswesen, Public Health-Forum Nr. 6/1994, S. 7ff.

N I E W I E D E R !

50 Jahre nach Beginn des Kriegsverbrecherprozesses gegen die IG FARBEN:
Diese "Mordgesellschaft" sofort auflösen - ZwangsarbeiterInnen endlich entschädigen!

1997: Der Beginn des Prozesses gegen die IG FARBEN vor dem Nürnberger Kriegsverbrechertribunal jährt sich am 27. August zum 50. Mal. Die Anklagepunkte lauteten damals unter anderem auf Beteiligung an Vorbereitung und Durchführung des Angriffskriegs Nazi-Deutschlands, auf Sklaverei und auf Raub und Plünderung.

Verantwortung für Krieg und Naziverbrechen

1947: Die IG FARBEN, der Zusammenschluß von AGFA, BASF, BAYER, HOECHST und einiger kleinerer deutscher Chemiefirmen, steht wie kaum ein anderer Konzern für die enge Verflechtung zwischen der deutschen Wirtschaft und dem nationalsozialistischen Terror-Regime der Nazis. Die IG FARBEN profitierte von der Politik der NSDAP wie die Nazis von der Unterstützung der IG FARBEN profitierten. Die IG FARBEN war der größte Einzel-Finanzier der NSDAP; baute maßgeblich Hitler auf, befürwortete ausdrücklich dessen Kriegspläne und schaffte mit ihren Hitler persönlich gemachten Zusicherungen der Lieferung von Treibstoff, Munition etc. überhaupt erst die Möglichkeit für die Nazis, einen internationalen Krieg loszubrechen. Der Vorstand der IG FARBEN legte seine Interessen z.B. in einem Papier mit dem Titel "Neuordnung" nieder. Dort plante die IG FARBEN die (wirtschaftliche) Eroberung der Welt im Gefolge der nationalsozialistischen Heerscharen.

Die IG FARBEN mit ihren Niederlassungen, Töchtern und Verbindungen in aller Welt, auch in den USA, verdiente auf beiden Seiten der (West-)Front. Sowohl die Nazi-Bomber, als auch die Maschinen der West-Alliierten flogen mit IG FARBEN-Sprit. Die IG FARBEN verdiente an todbringenden Waffen, an Medikamenten für sterbende Soldaten und zivilen Kriegsoptionen, an der "Industrialisierung" des Völkermords in den KZ's, an der massenhaften Versklavung von Häftlingen und "Feindbevölkerung" sowie an der Einverleibung aller nur irgend geeigneten "eroberten" Betriebe.

Perverse Verbrechen und Massenmord

In ihrer Profitgier hat die IG FARBEN perverse Verbrechen und Massenmord begangen. Der Konzern perfektionierte das von IG FARBEN-Gründer Carl Duisberg bereits im Ersten Weltkrieg "erfundene" System der Zwangsarbeit. In allen Werken des Konzerns wurden Abertausende von ArbeitsklavInnen bis zum Tod geknechtet. Mit dem Terror-Instrument der SS wurde jeder Widerstand unterdrückt. Für geringste Beträge von der SS "gekaufte" Häftlinge wurden von den IG FARBEN-Wissenschaftlern in grausamen "medizinischen" und anderen Versuchen bei vollem Bewußtsein zu Tode gequält. Der KZ-Arzt Mengele, der in berüchtigten Versuchen Häftlinge zu Tode brachte, wurde direkt von der IG FARBEN finanziert. Der Massenmord an der jüdischen Bevölkerung und an den Sinti und Roma wurde mit dem IG FARBEN-Giftgas Zyklon B "perfektioniert". Im IG FARBEN eigenen KZ Auschwitz III Monowitz (IG Monowitz) und seinen Nebenlagern fanden ca. 30 Tausend Häftlinge den Tod durch brutalste Ausbeutung.

Milde Strafen im Zeichen des Kalten Krieges

Das Urteil für die Kriegsverbrecher der IG FARBEN vom 29. Juli 1948 entsprach in keinsten Weise den Verbrechen: nach 152 Verhandlungstagen gab es nur Minimalstrafen für einige Angeklagte von bis zu acht Jahren. Das Urteil stand im Zeichen des bereits ausgebrochenen Kalten Krieges. Die westlichen Alliierten hatten beschlossen, die alten Eliten zu rehabilitieren, um ein wirtschaftlich starkes

Westdeutschland als "Bollwerk gegen den Kommunismus" aufbauen zu können.

Die weiteren geplanten Prozesse, die unter anderem gegen SIEMENS, KRUPP, DRESDNER BANK und DEUTSCHE BANK hätten geführt werden sollen, fanden gar nicht mehr statt. Bereits am 31. Januar 1951 wurden die noch in Haft befindlichen Manger und Direktoren der IG FARBEN begnadigt. Alle Konzern-Führer fanden sich in Westdeutschland in Top-Positionen wieder, viele bei den Nachfolge-Firmen der IG FARBEN, bei BAYER, HOECHST und BASF. Selbst mit dem Bundesverdienstkreuz wurden einige der IG FARBEN-Verbrecher ausgezeichnet.

Weder Reue noch Einsicht

Die IG FARBEN mußten nach dem Urteil von 1948 seit spätestens 1953 aufgelöst sein. Aber die "Mordgesellschaft" existiert noch immer! Seit 40 Jahren zieht sie noch immer Profite aus ihren in Reichsmark notierten Aktien. Gleichzeitig verweigert sie - und mit ihr die anderen Nachfolge-Konzerne BASF, BAYER und HOECHST - gerechte und angemessene Wiedergutmachung für die Opfer und Angehörigen der Opfer ihrer Terror-Tätigkeit in der Zeit des Hitler-Faschismus. Sie setzen darauf, daß bald niemand mehr lebt, der oder die Ansprüche stellen könnte.

Und heute?

Seien wir uns stets bewußt: Jede der IG FARBEN-Firmen BASF, BAYER und HOECHST ist heute um ein Vielfaches mächtiger und gigantischer als die IG FARBEN seinerzeit. Die Profitgier der großen deutschen Konzerne und Banken hat bereits zweimal dazu beigetragen, die Welt innerhalb eines Jahrhunderts in Schutt und Asche zu legen. Die IG FARBEN hatte wesentlichen Anteil daran. Ohne Aufarbeitung der Vergangenheit besteht jederzeit die Gefahr einer Wiederholung.

Wir fordern anläßlich des 50. Jahrestages des Beginns des Prozesses gegen die Kriegsverbrecher des IG FARBEN-Trusts:

- * Die verantwortlichen Hintermänner des Hitler-Faschismus aus der Wirtschaft müssen ins Rampenlicht gestellt werden. Die IG FARBEN-Firmen BASF, BAYER und HOECHST und die noch immer existierende IG FARBEN i.A. müssen mit ihrer Schuld konfrontiert werden.
- * Die angemessene Entschädigung aller IG FARBEN-ZwangsarbeiterInnen und ihrer Hinterbliebenen durch die Nachfolgefir- men muß endlich erfolgen.
- * Die Nachfolgefir- men müssen die Finanzierung und den Erhalt der die IG FARBEN betreffenden Gedenkstätten Auschwitz und Schwarzhede sicherstellen.
- * Die IG FARBEN-Nachfolger müssen endlich den freien Zugang zu ihren Archiven gewähren.
- * Pensionszahlungen an ehemalige IG FARBEN-Verantwortliche müssen eingestellt werden.
- * Die IG FARBEN i.A. muß sofort aufgelöst, der Handel mit diesen "Blut-Aktien" muß sofort unterbunden werden.
- * Die Hauptversammlung der IG FARBEN am 22. August 1997 in Frankfurt, Arabella Congress-Hotel, Lyoner Str. 44-48 darf nicht stattfinden!

NIE WIEDER!

50 Jahre nach Beginn des Kriegsverbrecherprozesses gegen die IG FARBEN:
Diese "Mordgesellschaft" sofort auflösen - ZwangsarbeiterInnen endlich entschädigen!

Aktionsvorschläge:

Am 22. August 1997 ab 8.30 Uhr muß vor und auf der Hauptversammlung der IG FARBEN i.A. in demokratischem Protest deutlich gemacht werden, daß wir diese Hauptversammlung dieser unerträglichen Gesellschaft nicht wollen, daß die "Mordgesellschaft" IG FARBEN sofort aufgelöst werden und das Kapital für Entschädigungszwecke verwendet werden muß. Kommt zahlreich und bringt bitte Lärminstrumente mit (Trillerpfeifen, Raseln etc.).

Dem Arabella Congress-Hotel Lyoner Str. 44-48, 60528 Frankfurt muß verdeutlicht werden, welch unselige Gesellschaft da tagt:
Fon 069 - 66 330, Fax: 069 - 66 33 666. Schickt Protestfaxe.

Zur Unterstützung und Durchsetzung der Forderungen des 'Nie wieder!'-Bündnisses schlagen wir vor:

Schickt Proteste per Post, eMail oder Fax an: Bundesregierung, Nachfolgegesellschaften BASF, BAYER, HOECHST, IG FARBEN, Stadt Frankfurt, Deutscher Industrie- und Handelstag, Industrie- und Handelskammer in Frankfurt etc.

Mobilisiert Organisationen der Verfolgten des Naziregimes in aller Welt.

Der Druck auf die IG FARBEN und die Nachfolgegesellschaften BASF, BAYER, HOECHST im In- und Ausland muß durch vielfältige Protestaktionen und Medienarbeit erhöht werden. Der Kreativität im Hinblick auf gewaltfreie Aktionen und Proteste sind keine Grenzen gesetzt.

ErstunterzeichnerInnen:

Aktion Alternativer BASF-AktionärInnen/Mannheim * Aktion Sühnezeichen Friedensdienste/Berlin * Auschwitzkomitee/Hamburg

Bundesverband Information und Beratung für NS-Verfolgte/Köln * Coordination gegen BAYER-Gefahren/Düsseldorf

Dachverband der Kritischen Aktionärinnen und Aktionäre/Köln * Forschungsgruppe ZYKLON B/Dessau

Interessengemeinschaft der Verfolgten des Nazi-Regimes - Bund der Antifaschisten/Berlin

Interessengemeinschaft ehemaliger Zwangsarbeiter unter dem NS-Regime/Stuttgart * Lagergemeinschaft Auschwitz/Frankfurt

Vereinigung der Verfolgten des Naziregimes - Bund der Antifaschisten/Hannover * Verein zur Erforschung der IG FARBEN in Auschwitz/Hamburg

Bitte unterschreiben:

Zur Unterstützung der Aktionen bitten wir um weitere Unterzeichnungen dieses Aufrufs.

Kopiert diesen Aufruf, reicht ihn weiter, sammelt Unterschriften, bestellt Material, beteiligt Euch an den Aktionen.

Ausstellung/Vorträge zum Thema:

Es gibt eine Ausstellung, die gebucht werden kann und gegen Kostenerstattung können auch Referentinnen (mit Video-Vorführung) eingeladen werden. Terminabsprachen (auch kurzfristig): Philipp Mimkes/Fon 0211 - 33 39 11/Fax 0211 - 33 39 40.

Die Kampagne ist auf Spenden angewiesen: Ökobank Frankfurt 10 17 96 10, BLZ 500 901 00

Per Brief oder Fax zurück an: Kampagne "Nie wieder!" c/o Axel Köhler-Schnura, Postfach 15 04 38, 40081 Düsseldorf, Fon 0211 - 26 11 210, Fax 0211 - 26 11 220(V.i.S.d.P.)

Schickt mir/uns bitte:

..... Erklärungen "Nie wieder!" (je 10 Expl.: 1,- DM/je 100 Expl.: 5,- DM)

..... Expl. IG FARBEN - Von Anilin bis Zwangsarbeit/Buch/ 260 S., viele Fotos/24,80 DM zzgl. 8,- DM Porto/Verp.

Vorname/Name

Anschrift

Fon Fax

Datum/Unterschrift.....

JA, ich/wir spenden DM zur Finanzierung der Aktionen.
Bucht bitte ab bei (bitte auch bei Bestellung von Material ausfüllen):

Vorname/Name

Bank

KontoBLZ

Bitte sammelt Unterschriften unter diesen Aufruf und schickt diese rasch zurück.

JA, ich/wir unterstütze/n die vorstehende Erklärung.

1. Vorname/Name

Anschrift

Datum/Unterschrift.....

2. Vorname/Name

Anschrift

Datum/Unterschrift.....

3. Vorname/Name

Anschrift

Datum/Unterschrift.....

Geschäftsstelle:
August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld
Deutschland
Telefon +49-(0)521-60550
Telefax +49-(0)521-63789
email 100270.272@compuserve.com

BUKO

Pharma-Kampagne

16. Juni 1997

100.000 DM gesucht!

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe FreundInnen,

eigentlich wollten wir uns seit Anfang diesen Jahres intensiv mit dem Thema *Frauen, Verhütungsmittel und Bevölkerungspolitik* auseinandersetzen. Nach fast einjähriger Bearbeitungszeit wurde jetzt unser Zuschußantrag von der EU abgelehnt: Die zuständigen SachbearbeiterInnen fanden das Thema nicht so wichtig.

Nur Ihre großzügigen Spenden und die Solidarität befreundeter Organisationen haben das Überleben der Kampagne bis heute gesichert, aber **jetzt fehlen uns bis zum Ende des Jahres 100.000 DM**. Denn Projekte brauchen Hände und Köpfe, die sie durchführen - und die sind nicht umsonst zu haben.

Wie geht es weiter?

Wir selbst werden alle Hebel in Bewegung setzen, um eine sinnvolle Weiterarbeit der BUKO Pharma-Kampagne sicherzustellen. Aber wir sind dringender denn je auf Ihre Spende angewiesen!

Für drei Projekte ist es uns schon gelungen, einen Teil der Finanzierung sicherzustellen. Diese (und wenn möglich weitere) wollen wir mit Ihrer Unterstützung unbedingt fortführen:

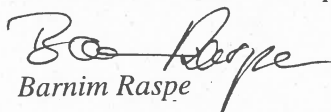
- Wir untersuchen erneut das Angebot der deutschen Hersteller in der Dritten Welt. Welche unnützen oder gefährlichen Medikamente werden noch immer vermarktet? Diese Untersuchung ist eine unverzichtbare Basis, um die Firmen auch zukünftig qualifiziert kritisieren zu können.
- Wir bereiten ein Diskussionsforum mit großen Pharmafirmen vor. Wir wollen wissen: Sind die Hersteller bereit, ihr Angebot den Bedürfnissen der Dritten besser anzupassen?
- Wir untersuchen die Wirksamkeit des Exportkontrollgesetzes für Arzneimittel. Was muß getan werden, um die Menschen in der Dritten Welt besser zu schützen?

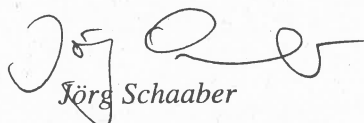
Helfen Sie uns! Spenden Sie uns 100 DM.

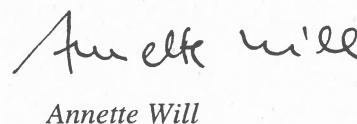
Wenn Sie – und viele andere – uns 100,- DM spenden, können wir es schaffen. Erhalten und fördern Sie unsere Unabhängigkeit! Wir brauchen jetzt die Unterstützung von Menschen wie Ihnen, die von unserer Arbeit überzeugt sind und die sich mit uns für eine rationale Arzneimittelpolitik in Süd und Nord einsetzen. Besonders nachhaltig unterstützen Sie uns durch eine Fördermitgliedschaft.

Wir werden Sie weiter informieren und danken Ihnen herzlich

Ihre BUKO Pharma-Kampagne


Barnim Raspe


Jörg Schaaber


Annette Will

**Bitte zögern Sie nicht:
Spenden Sie noch heute! Zahlschein liegt bei.**

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

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

Bayern

Michaela Raasch
Birkenweg 14
85551 Kirchheim
Tel.: 089 / 34 74 00

Berlin

Dr. Regina Schumann
Halskestr. 4
12167 Berlin
Tel.: 030 / 795 14 71

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
Tränkestr. 7
34497 Korbach
Tel.: 05631/61493

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Hamburg

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Elbinger Str. 9
40670 Meerbusch
Tel.: 02159/51744

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
Tel.: 0341 / 391 18 10

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen