

# VDPP - *Rundbrief*

10. Jahrgang, Nr. 44 / Juni 1998

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

<b>Gudrun Hahn</b>	<b>3</b>
Grußwort	

<b>Mitgliederversammlung 1998:</b>	
<b>Dörte Meyer</b>	<b>4</b>
Die EU und die Arzneimittelversorgung in Deutschland	
<b>Ildikó Szász</b>	<b>12</b>
Mitgliederversammlung vom 14.-15.3.98 in Göttingen	
<b>Finanzbericht 1998 / Finanzplan 1999</b>	<b>14</b>
<b>Rechenschaftsbericht des Vorstandes</b>	<b>17</b>

<b>Udo Ament</b>	<b>19</b>
Bericht über das Gesundheitswesen in Brasilien	
<b>Christl Trischler</b>	<b>25</b>
Ein Schritt ins Fettnäpfchen	
<b>Udo Puteanus</b>	<b>28</b>
Zwischen Bewahren und Verändern	
<b>Udo Ament</b>	<b>32</b>
Risikoabwehr - halbe Sachen	

## Dokumentation

<b>Internet-Versand-Apotheke</b>	<b>26</b>
<b>Brustkrebs und Hormontherapie</b> - Interview m. Dr. Susan Love	<b>36</b>
<b>Qualitätssicherung in der</b> <b>Arzneimittelverordnung</b>	<b>43</b>
<b>Voraussetzungen für die</b> <b>erfolgreiche Arbeit in Qualitätszirkeln</b>	<b>44</b>
<b>Stellungnahme zur 8. AMG-Novelle (BT-Drucksache 13/9996)</b>	<b>46</b>
<b>VdÄÄ/VDPP, Memorandum „Perspektive Gesundheit“</b>	<b>48</b>

### 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.

## Mitgliederversammlung 1998

Endlich war es uns nach vielen vergeblichen Anläufen gelungen, Plätze für eine VDPP-Veranstaltung im „Waldschlößchen“ bei Göttingen zu buchen. Wir wußten bald, warum dieses Tagungshaus, ein Zentrum der Schwulenbewegung, so oft bereits belegt war. Ein liebevoller Service und gutes Essen im jugendstilmäßig angehauchten Eßsaal machten uns die Zeit dort angenehm.

Schließlich ist eine MV ja mit Arbeit und Aufenthalt in geschlossenen Räumen verbunden. Leider machten sich dieses Jahr nur wenige auf, die Geschicke des VDPP für das nächste Jahr zu bestimmen. Ist die MV eine lästige demokratische Pflicht? Wer will es je ergründen?

Was haben wir beschlossen? Das Herbstseminar wird wieder in Hamburg stattfinden zum Thema Aussagewert von klinischen Studien.

Es ist lange niemand mehr in den VDPP eingetreten. Wie können wir den Verein wieder attraktiver machen? Überlaßt das Nachdenken nicht nur dem Vorstand. Werdet aktiv!

Unser Schrumpfvorstand, der jetzt ein Jahr lang nur mit 4 Leuten arbeitete, da Frauke nie die Arbeit aufgenommen hatt, wurde im 2 Personen erweitert. Kaja Lorenz aus Berlin und Michael Höckel aus Kassel verstärken Isabelle, Thomas, Jürgen und Udo Ament.

Umrahmt wurde die MV von einem Vortrag von Dr. Dörte Meyer, Bremen über Zusammenhänge zwischen Industriepolitik, dem Arzneimittel- und Verbraucherschutz in der EU.

Entspannung nach zu langem Sitzen fanden wir in dem umgebenden Wald. Zwar war es für die Jahreszeit sehr kalt, aber immerhin hatten wir keinen Regen. So konnte auch David, Isabella Sulgers Sohn, den schönen Harz genießen.

Nächstes Jahr feiern wir das 10-jährige Bestehen des VDPP. Merkt Euch den Termin vor!!

Gudrun Hahn

Dörte Meyer

## Die EU und die Arzneimittelversorgung in Deutschland

Der Einfluß der europäischen Politik auf die Arzneimittelversorgung in Deutschland macht sich mehr oder weniger deutlich an verschiedensten Punkten bemerkbar. Eine vollständige Darstellung würde langjährige Kenntnisse diverser Politikbereiche der Europäischen Union (EU) erfordern, um eine in Breite und Tiefe befriedigende Analyse liefern zu können.

Der folgende Bericht, der unter anderem auf Erfahrungen mit ausgewählten Themen aus verbraucher- und gesundheitspolitischer Sicht basiert, soll dagegen vor allen Dingen die wesentlichen Zielsetzungen der EU im Arzneimittelsektor veranschaulichen. Dabei wird insbesondere die Perspektive von Verbrauchern und von Apothekern eingenommen.

Autorin: **Dr. Dörte Meyer, Parkstraße 89, 28209 Bremen**

Ein kurzer Rückblick auf die Entwicklung der EU erleichtert es, die nachfolgend beschriebenen Aktivitäten einzuordnen. 1958 gründen sechs Staaten die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG), um den zwischenstaatlichen Handel zu erleichtern. Ab 1973 treten der Europäischen Gemeinschaft (EG) weitere sechs Staaten bei. 1986 wird in

der "Einheitlichen Europäischen Akte" beschlossen, bis Ende 1992 den Binnenmarkt zu verwirklichen.

Ende 1993 tritt der Vertrag über die EU, kurz Maastrichter Vertrag, in Kraft, der unter anderem die Schaffung einer gemeinsamen Währung vorsieht. Ziel ist nun die politische Union Europas, die auch eine Koordination der Außen- und Sicherheitspolitik und beispielsweise der Einwanderungspolitik einschließt und weiteren Staaten den Beitritt ermöglicht. Seit 1995 umfaßt die EU fünfzehn Mitgliedstaaten.

Die gemeinsamen Aufgaben wurden also ständig ausgeweitet, wobei weiterhin ein starker und vor allen Dingen unstrittiger Schwerpunkt bei der Wirtschaftsunion liegt, um in der Konkurrenz mit den USA und Japan bestehen zu können. Fragen der Sozial-, Gesundheits- und Verbraucherpolitik gehören traditionell nicht zu den primären Aufgaben der EU, werden aber immer wichtiger. Die Notwendigkeit, in diesen Bereichen gemeinsam tätig zu werden, wird von den einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedlich beurteilt.

Erst im Maastrichter Vertrag erhielt die EU in Artikel 129 das Mandat, "durch Förderung der Zusammenar-

beit zwischen den Mitgliedstaaten und erforderlichenfalls durch Unterstützung ihrer Tätigkeit einen Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus" zu leisten. Als Folge der BSE-Krise wurde Artikel 129 überarbeitet. Im Vertrag von Amsterdam wird nun neben verschiedenen Bereichen der Prävention auch "die Verbesserung der menschlichen Gesundheit" genannt.

Gerade im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen wird immer wieder auf die Verantwortung der Mitgliedstaaten und das im Maastrichter Vertrag verankerte Subsidiaritätsprinzip verwiesen. Danach darf die EU nur Aufgaben an sich ziehen, die sie besser erfüllen kann als die Mitgliedstaaten.

### Aktivitäten der EU im Bereich der Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung fällt nur in die Zuständigkeit der EU, soweit sie einen Wirtschaftssektor darstellt oder der Gesundheitsschutz der Bevölkerung berührt wird. Einige der Maßnahmen der EU in diesem Bereich, auf die später noch Bezug genommen wird, sollen kurz dargestellt werden.

Entsprechend der Entstehung der Gemeinschaft wurde zunächst "die Ware" Arzneimittel von Harmonisierungsbestrebungen erfaßt. Die erste Richtlinie von 1965 klärte beispielsweise die Definition von Arzneimitteln und die Notwendigkeit der Zulassung. Die Überprüfung bereits auf dem Markt befindlicher Arzneimittel sollte bis 1990 abgeschlossen werden.

Dies ist in Deutschland bis heute nicht gelungen. Die Kommission hat 1997 ein Vertragsverletzungsverfahren gegen Deutschland eingeleitet, unter anderem, weil bei Verzicht auf die Nachzulassung eine Auslaufrist

bis zum Jahr 2004 gewährt wird. Wenn die Kommission nicht von der Rechtmäßigkeit dieser Regelung überzeugt werden kann, könnte eine Klage vor dem Europäischen Gerichtshof folgen.

Weitere Richtlinien befaßten sich mit dem Großhandel, der Einstufung bei der Abgabe (bezüglich der Verschreibungspflicht), der Etikettierung und der Werbung. Hier wurden im wesentlichen gemeinsame Mindeststandards definiert, ohne identische Ergebnisse in der Ausführung anzustreben. Diese Richtlinien von 1992 sind inzwischen überwiegend in nationales Recht umgesetzt.

Eine Ausnahme stellt die Etikettierung in Großbritannien dar. Dort ist nach wie vor Bulkware üblich und Apotheker füllen die von Ärzten verschriebenen Mengen für die Patienten ab. Die Arzneimittel sind also nicht einheitlich beschriftet und nicht automatisch mit einer Packungsbeilage versehen. Dies soll bis Ende 1998 geändert werden, rezeptfreie Arzneimittel benötigen allerdings weiterhin keine Packungsbeilage.

Diese vorbereitenden Schritte erleichterten die Einführung eines gemeinschaftlichen Zulassungssystems. 1995 hat die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (*European Medicines Products Agency* oder EMEA) ihre Tätigkeit in London aufgenommen. 1998 beschäftigt sie knapp 200 ständige Mitarbeiter neben einer großen Zahl von Gutachtern. Ihre Hauptaufgaben bestehen in der Zulassung und Risikoüberwachung von Human- und Tierarzneimitteln in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Behörden.

Das zentralisierte Zulassungsverfahren, das zu einer in der gesamten EU gültigen Zulassung führt, ist für bestimmte biotechnologisch herge-

stellte Arzneimittel vorgeschrieben und kann gewählt werden für andere biotechnologische Arzneimittel, Blut- und Plasmaprodukte und besonders innovative Wirkstoffe.

Im dezentralisierten Verfahren, das für die meisten Arzneimittel vorgesehen ist, erhält der Antragsteller die Erstzulassung von der nationalen Behörde seiner Wahl. Beantragt er Zulassungen in weiteren Mitgliedstaaten, so erkennen diese die Erstzulassung nach einem detailliert festgelegten Verfahren an.

Die Richtlinie "Über die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme" wurde 1989 verabschiedet. Nationale Maßnahmen in diesem Bereich müssen sich auf objektive und für alle Marktteilnehmer nachprüfbar Kriterien gründen und alle Einzelentscheidungen müssen begründet werden.

In der Richtlinie wurde auch festgelegt, daß die Kommission in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten eine Europäische Datenbank für Arzneimittel (*European Community Pharmaceutical Products Information Network* oder ECPHIN) aufbauen soll. Die Datenbank soll Fachkreisen und Verbrauchern zugänglich sein und zahlreiche therapeutische und ökonomische Informationen enthalten, z.B. Preise der Arzneimittel, Kosten der Behandlung und Bedingungen für die Erstattungsfähigkeit.

"Die Regelung der Arzneimittel in der EU" ist eine informelle kodifizierte Sammlung des Arzneimittelrechts. In mehreren Bänden beinhaltet sie Verordnungen, Richtlinien, Hinweise, Leitfäden und Standardformulare und bildet eine wichtige Arbeitsgrundlage für Behörden und die pharmazeutische Industrie.

Das "Dienstleistungsunternehmen Apotheke" wird bisher lediglich in Randbereichen vom Binnenmarkt berührt, z.B. durch die Vereinheitlichung der Ausbildungen, die Anerkennung der Ausbildungsabschlüsse und die Niederlassungsfreiheit. Im Deutschen Arzneibuch 1996 sind inzwischen das Deutsche und das Europäische Arzneibuch integriert. Auch die Gefahrstoffverordnung und die Regelungen zur Sicherheit am Arbeitsplatz wirken sich auf den Apothekenbetrieb aus.

Zur Umsetzung des Artikel 129 wurde 1993 der "Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit" vorgelegt, in dem unter anderem acht vorrangige Aktionsbereiche beschrieben werden. Einer wurde 1994 in dem "Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, Aufklärung, Erziehung und Ausbildung" spezifiziert. Es bezieht sich auf die Ernährung, auf Alkohol, Tabak und Drogenabhängigkeit, auf die körperliche und psychische Gesundheit, sowie auf Arzneimittel und ihre Anwendung, insbesondere die Selbstmedikation.

#### **Die Industriepolitik der Kommission für den Arzneimittelsektor**

Eine Maßnahme mit besonderer Bedeutung für die zukünftige Entwicklung soll genauer analysiert werden, die Mitteilung der Kommission "Über die Leitlinien einer Industriepolitik für den Arzneimittelsektor in der Europäischen Gemeinschaft". Eine Mitteilung zählt nicht zu den rechtsverbindlichen Rechtsakten der EU, sondern beschreibt zunächst eine Denkrichtung und bildet die Grundlage für weitere Diskussionen.

Zu den wirtschaftspolitischen Aufgaben der EU zählt es, eine gemeinsame Unternehmenspolitik (z.B.

Tourismus, Kleine und mittlere Unternehmen) und Industriepolitik (z.B. Textil- und Bekleidungsindustrie, Maritime Wirtschaft) zu entwickeln. Der Arzneimittelsektor ist dabei also ein Beispiel von vielen, wobei als besondere Aspekte die öffentliche Gesundheit und die Sozialversicherung zu berücksichtigen sind. Im Folgenden werden die wesentliche Argumentation und relevante Aspekte der Industriepolitik dargelegt, und zwar zunächst unkommentiert.

### *“Wachstum, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung im Arzneimittelsektor”*

Die Arzneimittelindustrie ist noch immer ein wichtiger Aktivposten der europäischen Wirtschaft. Gleichwohl gibt es Anzeichen dafür, daß sie auf die Verschärfung des weltweiten Wettbewerbs und die ständige Kostensteigerung in der pharmazeutischen Forschung nicht entsprechend vorbereitet ist.

Besonderen Anlaß zur Besorgnis bietet die Situation im Bereich der Biotechnologie, der von besonderer Bedeutung ist, da ein Großteil des steigenden Arzneimittelverbrauchs biotechnologisch hergestellte Erzeugnisse sein werden. Ein weiteres Marktsegment mit Wachstumspotential stellt die Selbstmedikation dar (siehe Abbildung 1).

Erschwert wird die Entwicklung der Arzneimittelindustrie dadurch, daß die nationalen Märkte nach wie vor fragmentiert sind. Dies hat zu einer Zersplitterung der Produktionsstandorte und damit zu einer erheblichen Vergeudung von Ressourcen geführt. Insgesamt könnte sich die Wettbewerbsfähigkeit dieses Indu-

striezweigs gegenüber den Hauptkonkurrenten als nicht ausreichend erweisen. Tatsächlich sind in letzter Zeit erste Warnsignale für strukturelle Schwierigkeiten sichtbar geworden, z.B. der Rückgang der Beschäftigungszahlen.

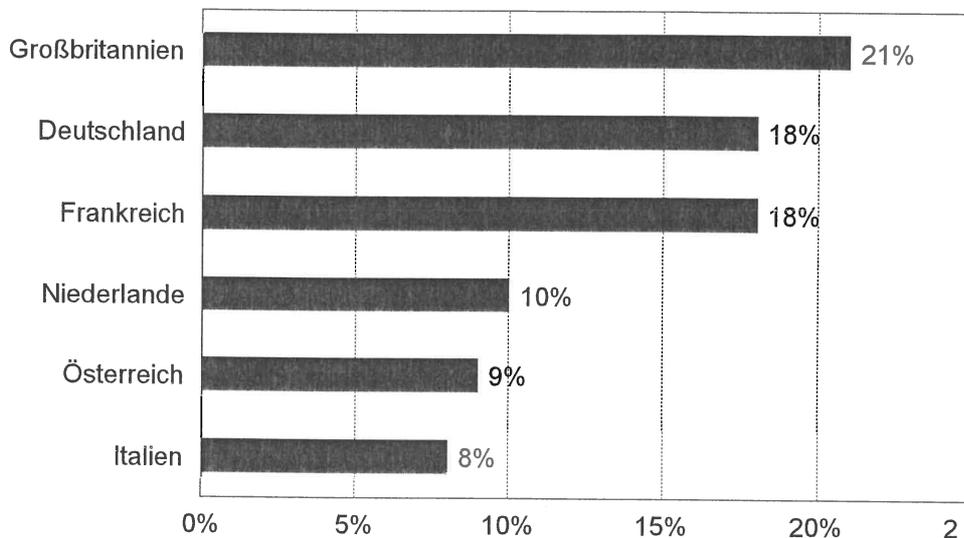
### *“Öffentliche Gesundheit und Sozialversicherung”*

Wie im Aktionsrahmen zur öffentlichen Gesundheit formuliert, zielt die Strategie der EU vor allem darauf ab, den Bürgern alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stel-

stellen und noch nicht heilbare Krankheiten zu bekämpfen. In diesem weiten wissenschaftlichen Aufgabenfeld handelt es sich für die pharmazeutische Industrie um ein besonders sensibles Gebiet, da der Erfolg oder auch nur eine Investitionsrendite nur selten garantiert sind.

Die Begrenzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben gewinnt in allen Mitgliedstaaten wegen des Übergangs zur Währungsunion zunehmend an Bedeutung. Würde der Finanzierungsanteil der Solidarge-

Abbildung 1: Anteil des Umsatzes der Selbstmedikation am Gesamtarzneimittelmarkt 1996



Quelle: Walluf-Blume D: Selbstmedikation: Entwicklung der EU-Märkte. Pharmazeutische Zeitung (1998) 143: 576.

len und sie damit in die Lage zu versetzen, ihre Gesundheit selbst zu schützen und zu pflegen. Diese Strategie beinhaltet u. a. die Entwicklung neuer Formen der Prävention im Zusammenhang mit Hygiene und Lebensstil.

Sie zielt auch darauf ab, die Fähigkeit der pharmazeutischen Industrie zu verbessern, neue therapeutische und diagnostische Mittel sowie Impfstoffe kostengünstig bereitzu-

meinschaft aber verringert werden, so würde dies je nach Einkommen die Gefahr erheblicher Ungleichheiten beim Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen mit sich bringen.

Bei steigenden Gesundheitskosten bleibt der Anteil der Arzneimittel an den Ausgaben der Krankenversicherungen mit durchschnittlich etwa 16% immerhin stabil. Arzneimittel bleiben eine wichtige Therapieform,

die in einigen Fällen sogar ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis als andere Behandlungen bietet.

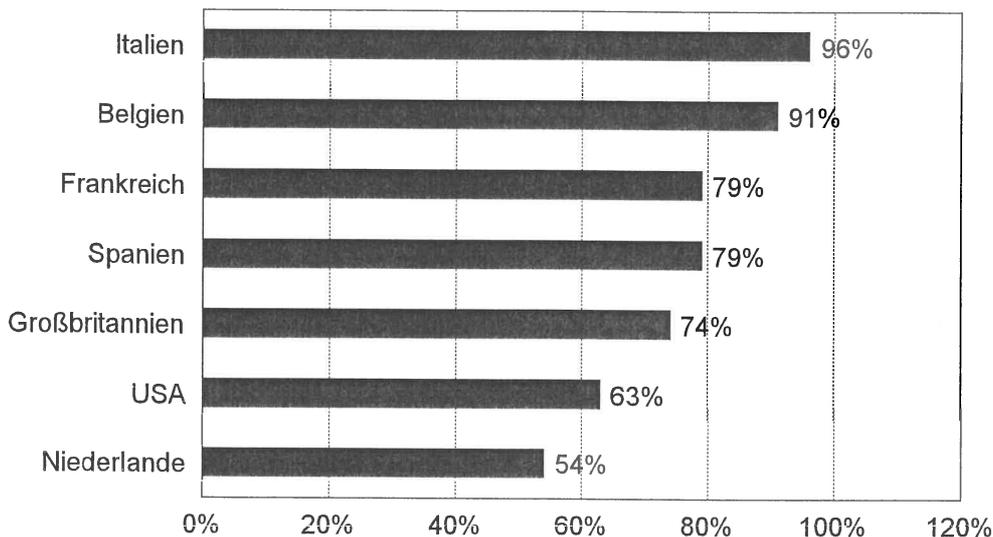
In Europa bestehen nach wie vor erhebliche Unterschiede im Arzneimittelverbrauch (siehe Abbildung 2)

schränkungen auf dem Binnenmarkt genommen werden. Werden beispielsweise eigene Erzeugnisse gegenüber solchen aus anderen Mitgliedstaaten bei der Preisfestsetzung oder der Kostenerstattung begünstigt, so ist dies ein offensichtlicher

schnellen Zugang zum Markt (siehe Abbildung 3) und niedrige Zulassungskosten. Die EMEA wird durch eine erhöhte Transparenz auch dazu beitragen, das Vertrauen der Verbraucher wiederherzustellen.

Abbildung 2:

Anteil der Arzt-Patienten-Kontakte, die mit einer Arzneimittelverordnung enden



Quelle: Nefarma, NL (1988).

und bei den Arzneimittelpreisen. Weiter heißt es dazu: "Gewisse Unterschiede bei der Verordnungspraxis und beim Arzneimittelverbrauch schlagen sich aus der Sicht des Gesundheitsschutzes oder des Wohlbefindens nicht immer in entsprechenden Ergebnissen nieder."

Einerseits versuchen die Mitgliedstaaten, die Arzneimittelausgaben einzudämmen. Andererseits sind sie auch am medizinischen Fortschritt interessiert. Daher muß darauf geachtet werden, daß die nationalen Maßnahmen zur Kosteneindämmung nicht die Fähigkeit der Industrie gefährden, diesen Bedarf zu decken.

Weiter dürfen die Maßnahmen nicht zum Anlaß für willkürliche Diskriminierungen oder Wettbewerbsbe-

Verstoß gegen die Regeln zum freien Warenverkehr, der von der Kommission verfolgt wird.

#### *"Eine Industriepolitik für den Arzneimittelsektor"*

- Forschung und Entwicklung, Therapeutische Innovation, Biotechnologie

Die Kommission hat zahlreiche Maßnahmen begonnen bzw. vorgesehen, um die therapeutische Innovation und die Biotechnologie zu fördern, z.B. über Forschungsprogramme und das Patentrecht.

- "Konsolidierung des Binnenmarktes für Arzneimittel"

Das gemeinschaftliche Zulassungsverfahren sichert der Industrie einen

Die Richtlinie über die Transparenz nationaler Maßnahmen der Preiskontrolle und Kostenerstattung soll ebenfalls den Binnenmarkt stärken. Denn die von einigen Mitgliedstaaten praktizierten Systeme haben zur Fragmentierung des Arzneimittelmarktes beigetragen und können den Wettbewerb beeinträchtigen. Trotz der korrekten formellen Umsetzung der Richtlinie bleibt die konkrete Situation bisweilen noch unbefriedigend (siehe Tabelle 1).

Die vier Richtlinien zu Großhandel, Einstufung bei der Abgabe, Etikettierung und Werbung sollen neben der Angleichung bestimmter Merkmale der nationalen Märkte zum rationellen Gebrauch von Arzneimitteln beitragen. Dabei hat die EU nicht die Absicht, direkt in die Festlegung der Gewinnspannen der Zwischenhändler, in die Struktur der Vertriebskanäle oder gar in Fragen des Apothekenmonopols einzugreifen.

Bei der Einstufung von Arzneimitteln als verschreibungspflichtig ist zu bedenken, daß die Verpflichtung, einen verordnenden Arzt aufzusuchen, für die Bürger zu relativ viel Aufwand führt, der ihnen im Vergleich zu der im Nachbarland gängigen Praxis nicht immer gerechtfertigt erscheint.

Die Informationen über den ordnungsgemäßen Gebrauch von Arz-

neimitteln sollen verbessert werden, um die Gesundheit der Patienten zu schützen, die Vergeudung von Arzneimitteln zu verhindern und damit die Kosten zu senken. Die Richtlinien über die Etikettierung bzw. über die Werbung dienen diesen Zielsetzungen.

- "Mehr Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt"

Bisher konzentriert sich der Wettbewerb "auf die therapeutische Innovation und die ständige Verbesserungen vorhandener Produkte. Auch die Werbung bei den im Gesundheitswesen tätigen Personen spielt eine wichtige Rolle." Um Preise kümmern sich die Hersteller dagegen weniger.

Bei den nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln garantiert der Wettbewerb in einigen Mitgliedstaaten ein akzeptables Preisniveau.

Im Erstattungsbereich sollten zur Kostendämpfung andere Methoden als direkte Preiskontrollen geprüft werden, gegründet auf verstärkten Wettbewerb, z.B. Förderung von Generika (siehe Abbildung 4).

Bei der Markteinführung wirklich innovativer Arzneimittel "geht es darum, zu verhindern, daß die Mitgliedstaaten für konkurrenzlose Arzneimittel überhöhte Preise akzeptieren müssen, ohne dadurch der Pharmaindustrie die finanziellen Mittel zu nehmen, die sie (...) braucht."

- "Mehr Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt"

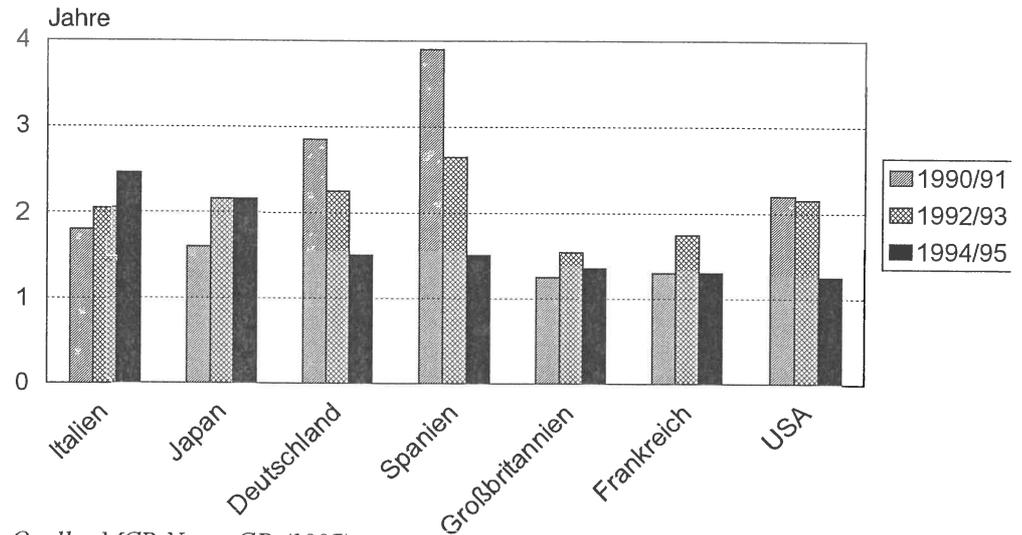
Die Träger der Sozialversicherung, die Fachkreise und die Verbraucher verfügen nicht über ausreichende Informationen, was sowohl für the-

rapeutische als auch für volkswirtschaftlich relevante Informationen gilt. Neben dem gemeinschaftlichen Zulassungsverfahren und den Richtlinien über den vernünftigen Gebrauch von Arzneimitteln wird als weitere Initiative die Arzneimittel-Datenbank genannt.

nativen verfügen, werden diese bei gleichem therapeutischen Nutzen zu der für die Gesellschaft kostengünstigsten Form greifen."

Das Preisbewußtsein ist sowohl in den Fachkreisen als auch bei den Patienten in der Regel ungenügend

Abbildung 3: Veränderung der mittleren Zulassungszeiten



Quelle: MCR News, GB (1997).

- "Bewußterer Gebrauch von Arzneimitteln"

Der Handel mit Parallelimporten wird durch bestimmte staatliche Maßnahmen und verschiedene Praktiken der Pharmahersteller, z.B. länderabhängige Markennamen oder Verpackungen, außerordentlich gehemmt. "Diese Probleme sind häufig über die Wettbewerbsregeln ... und die Regeln zum freien Warenverkehr ... in den Griff zu bekommen." Bei Klagen der Hersteller von Originalpräparaten oder von Großhändlern gegen Parallelimporte hat der Europäische Gerichtshof wiederholt ihre Rechtmäßigkeit bestätigt.

Zu den Generika heißt es: "Wenn Ärzte und Apotheker über bessere Informationen über die Kosten der verschiedenen Behandlungsalter-

ausgebildet. Alle Maßnahmen können nur vor dem Hintergrund einer intensiven Gesundheitserziehung der Bevölkerung getroffen werden.

- "Leichter Zugang zum Markt von Drittländern"

Die EU bemüht sich auf verschiedenen Ebenen um internationale Handelsabkommen, beispielsweise bei der Internationalen Harmonisierungskonferenz (International Conference on Harmonisation oder ICH), an der Vertreter von Behörden und Herstellern aus der EU, den USA und Japan teilnehmen.

"Schlußfolgerungen"

Die europäische Pharmaindustrie braucht einen besser integrierten Markt mit freierem Wettbewerb. Das legitime Anliegen der Mitglied-

staaten, die Gesundheitsausgaben zu begrenzen, darf die Zukunft der pharmazeutischen Forschung in Europa nicht gefährden. Die öffentliche Gesundheit und die Sozialversicherung hätten nämlich keinerlei Nutzen von einer Schwächung der europäischen Pharmaindustrie, da ein beträchtlicher Teil der Arzneimittelkosten auch dann erstattet werden muß, wenn sich die Innovation künftig auf die USA und Japan konzentrieren sollte.

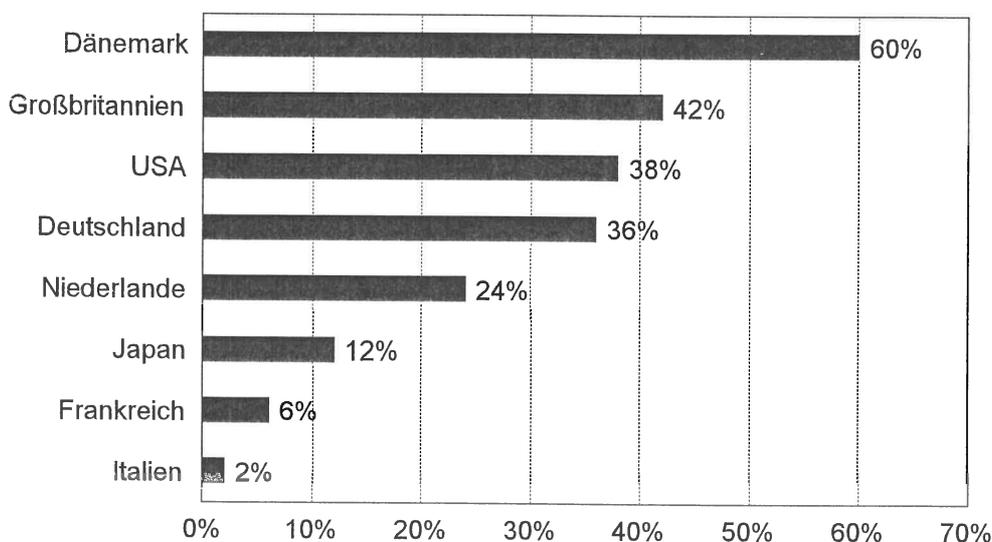
Die Kommission beabsichtigt, den Dialog mit den Mitgliedstaaten im Arzneimittelsektor zu intensivieren, und wird sich dabei an folgenden Zielen orientieren:

- Verbesserung des Schutzes des geistigen Eigentums für wirkliche Innovationen,
- Überprüfung der Auswirkungen nationaler Maßnahmen der Preiskontrolle und Kostenerstattung,
- Verstärkung des Wettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt durch mehr Transparenz und durch Belebung des Preiswettbewerbs,
- Bereitstellung ausreichender Informationen für die Fachkreise und die Verbraucher, in erster Linie über die Richtlinie zur Etikettierung und durch die Arzneimittel-Datenbank,

beitet. Die Prioritäten der Kommission im Arzneimittelsektor, nämlich die Industrieförderung und die Deregulierung, sind überdeutlich. Selbst die gesundheitspolitischen Anliegen der Forschungsförderung und der Stärkung der Eigenverantwortung dienen direkt oder indirekt der pharmazeutischen Industrie.

Nach dem Willen der Kommission sollen ein hohes Niveau des Gesundheitsschutzes, z.B. durch die Arzneimitteltherapie, und der gleiche Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Einkommensschichten erhalten bleiben. Dies sind ebenfalls wichtige politische Fixpunkte für die pharmazeutische Industrie, wenn auch entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten.

Abbildung 4: Anteil der Verordnungen von Generika an den Gesamtverordnungen



Quelle: PM-Report (1997) Nr. 3: 9.

- Aktualisierung der Rechtsvorschriften und Kontrolle ihrer Umsetzung,
- Integration und Koordinierung der Forschungs- und Entwicklungsanstrengungen,
- Schaffung eines günstigeren Umfeldes für die Biotechnologie,

- Intensivierung der weltweiten Harmonisierungsbemühungen.

#### Bewertung der Industriepolitik

Die Industriepolitik für den Arzneimittelsektor wurde von der für Industriefragen zuständigen Generaldirektion III unter Leitung des EU-Kommissars Bangemann erar-

Bei einer Bewertung der eben dargestellten Industriepolitik muß der wirtschaftspolitische Schwerpunkt der EU berücksichtigt werden. Dennoch fällt die Interessenwahrnehmung für die pharmazeutische Industrie äußerst einseitig aus. Die Belange der Bürger, Fachkreise und Sozialversicherungen werden lediglich am Rande erwähnt. Zumindest hätten weitergehende Verpflichtungen der Mitgliedstaaten benannt werden können.

Darüber hinaus nimmt die Kommission in einigen Bereichen eine stark vereinfachte Sichtweise ein. Beispielsweise muß bei den besonderen Marktstrukturen auch die Nachfrageseite im Gesundheitswesen analysiert werden, die mit den vielschichtigen Beziehungen zwischen Patienten, Ärzten und Sozialversicherungen schwer steuerbar ist.

Außerdem müssen die spezifischen Merkmale von Arzneimitteln, nämlich pharmazeutische Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit, als Auswahlkriterium neben dem Preis berücksichtigt werden. Die Qualität und die Effizienz der Arzneimittelversorgung werden von der Kommission ebenfalls so gut wie gar nicht thematisiert.

### Entschlüsseungen der EU-Gremien zur Industriepolitik

Die Leitlinie zur Industriepolitik für den Arzneimittelsektor wurde 1994 von der Kommission vorgelegt. Nachfolgend beschäftigten sich verschiedene Gremien und Verbände damit. Zu den interessierten Verbänden zählen die pharmazeutische Industrie, Apotheker, Sozialversicherungen und die europäische Verbraucherorganisation *Bureau Européen des Unions de Consommateurs* (BEUC). Sie haben die Möglichkeit, sich im Rahmen von Anhörungen, schriftlichen Stellungnahmen oder persönlichen Kontakten zu äußern, und nutzen dies mehr oder weniger intensiv.

1996 beschloß der Rat, d.h. die Fachminister der Mitgliedstaaten, die Umsetzung der Leitlinie. In der zugehörigen EntschlieÙung wiederholt der Rat die Hauptpunkte der Kommission, lediglich ergänzt um Hinweise auf die besondere Bedeutung der kleinen und mittleren Unternehmen und ihre Hauptprodukte, die nicht rezeptpflichtigen und pflanzlichen Arzneimittel.

Das Parlament, das in diesem Fall keine Entscheidungsbefugnisse hatte, verabschiedete im gleichen Jahr eine EntschlieÙung. Darin bewertet es die Problemlage grundsätzlich anders als die Kommission und benennt vollständig neue Aspekte. So werden Veränderungen in der Situation der pharmazeutischen Industrie als normaler, gesunder ProzeÙ be-

zeichnet. In erster Linie muß die Versorgung der Bevölkerung mit sicheren und wirksamen Arzneimitteln sichergestellt werden.

Das Parlament weist auf die Bedeutung einer maßvollen und angemessenen Verwendung von Arzneimitteln hin. Dazu zählt auch eine gewissenhafte Selbstmedikation. Die Interessen aller Beteiligten werden angesprochen, während die übertriebenen hohen Preise und die übertriebene Werbung der Industrie kritisiert werden. Auch einige Fehleinschätzungen der Kommission werden in deutlichen Worten benannt.

Das Parlament setzt sich umfassend mit verschiedensten Aspekten des Arzneimittelsektors auseinander. Allerdings fehlt in der EntschlieÙung eine durchgängige, in sich logische Argumentation mit Lösungsvorschlägen für grundsätzliche Probleme. Da die Meinung des Parlaments für die Kommission nicht bindend ist, bleibt offen, welche Anregungen und Forderungen tatsächlich aufgegriffen werden.

### Aktuelles aus der EU-Politik im Arzneimittelsektor

Schon seit Ende 1996 existiert die Folgemitteilung "Über die Grundzüge einer Industriepolitik für den Arzneimittelsektor", die allerdings bis jetzt noch nicht zugänglich war.

Ende 1997 legte die Kommission einen Bericht zur Umsetzung der Richtlinie über die Einstufung von Arzneimitteln bei der Abgabe vor. Demnach bestehen trotz der korrekten formellen Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht nach wie vor erhebliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten.

Parallel dazu wurde der Entwurf einer Leitlinie über die Freistellung aus der Verschreibungspflicht erarbeitet, die sogenannte *switch guide-*

*line*. Darin werden unter anderem Unterkategorien der Verschreibungspflicht definiert, z.B. die Möglichkeit der wiederholten Abgabe auf einem Rezept. Problematisch erscheint die Freistellung von Produkten anstelle von Wirkstoffen, was zu einem unterschiedlichen Abgabestatus für Präparate mit gleichem Wirkstoff führen kann.

Die Arzneimittel-Datenbank soll inzwischen offenbar ausschließlich Arzneimittelpreise enthalten. In der Antwort auf eine Anfrage im Parlament hieß es, daß die Daten äußerst schwierig erfaßbar und eine Gegenüberstellung der Preise schwierig oder sogar riskant sei. Die erste Ausgabe hätte Ende 1997 in sehr beschränkter Auflage auf CD-ROM verfügbar sein sollen.

Mit der deutschen Festbetragsregelung befaßt sich gegenwärtig nicht nur das Bundesverfassungsgericht, sondern nach einer Beschwerde deutscher Pharmahersteller auch die für Wettbewerbsfragen zuständige Generaldirektion IV der Kommission. Eine Entscheidung wird in diesem Jahr erwartet.

Beim zweiten Rundtischgespräch, einem Treffen der Generaldirektion III mit der pharmazeutischen Industrie, wurden einige Punkte diskutiert, die auch Thema der Leitlinie waren, hier aber eindeutiger formuliert werden. So wird die Unterteilung des Arzneimittelmarktes in den Strategien der Generaldirektion deutlicher:

- der Selbstmedikationsbereich, in dem die Preise wenig kontrolliert werden,
- nicht patentierte Arzneimittel mit verstärktem Preiswettbewerb,
- patentierte Arzneimittel mit weiterhin bestehenden Restriktionen.

Von *social and industrial solidarity* und einem möglichen Konsens aus Industriepolitik und Gesundheits- und Sozialpolitik ist die Rede. Dazu zählt, den Bürgern der EU den Zugang zu den besten Arzneimitteln zu gewähren. Da die Gesamtausgaben der Sozialversicherung kaum steigen werden, sind medizinische Innovationen nur zu finanzieren, indem zusätzliche Spielräume geschaffen werden, z.B. durch eine verstärkte Selbstmedikation.

In weiten Bereichen herrscht offenbar grundsätzliche Übereinstimmung zwischen der Kommission und der pharmazeutischen Industrie, strittig bleibt allerdings beispielsweise der Umgang mit Parallelimporten. Als Nebenaspkt dieses Beitrags soll die Einschätzung des EU-Kommissars Bangemann zum elektronischen Handel (*electronic commerce*) zitiert werden: *"To me it is clear that this is something which is coming anyway, so the answer is to use it wisely."*

### Ein Binnenmarkt für Arzneimittel?

Die EU übt bereits erheblichen Einfluß auf die Arzneimittelversorgung in Europa und somit auch Deutschland aus, wenn auch nicht direkt sichtbar für alle Beteiligten. Dieser Einfluß wird in Zukunft mit der Weiterentwicklung des Binnenmarktes zunehmen - und das in beträchtlichem Maße im Sinne der zuvor skizzierten Leitlinie zur Industriepolitik.

Aus gesundheitspolitischer Sicht stellt sich vor allen Dingen die Frage, ob bei zunehmender Harmonisierung und zunehmendem Wettbewerb die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung erhalten bzw. verbessert werden können. Beispielsweise sind für Deutschland hohe Standards der EMEA bei der Zulassung und Risiko-

überwachung und strenge Kriterien bei der Freistellung aus der Verschreibungspflicht wünschenswert.

Aus verbraucherpolitischer Sicht ist mit der EU die Erwartung verbunden, daß die Transparenz in Deutschland verbessert wird, und zwar hinsichtlich therapeutischer und ökonomischer Informationen über Arzneimittel und hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen der eigenen und der europäischen Behörde. Der Stand der Arzneimittel-Datenbank und die bisherige Informationspolitik der EMEA geben allerdings wenig Anlaß zu der Annahme, daß diese Erwartungen erfüllt werden.

Kostengünstige und leicht zugängliche Arzneimittel entsprechen tatsächlich den Interessen der meisten Verbraucher - solange sie wirksam und unbedenklich sind. Hier besteht ein enger Zusammenhang zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung.

Vermutlich sind viele Verbraucher nur vage über die einzelnen Aktivitäten der EU und ihre Bedeutung für den deutschen Markt informiert. Manche Maßnahmen wie die Kennzeichnung gentechnologischer Produkte oder die Einführung des Euro sind in Teilen der Bevölkerung durchaus umstritten. Die Verbraucher sind aber diejenigen, die durch ihre Kaufentscheidungen ganz wesentlich zum Wirtschaftswachstum beitragen.

Umso wichtiger ist neben der Akzeptanz der EU-Politik in der Bevölkerung die Kaufkraft der Verbraucher. Bei steigender Arbeitslosigkeit und damit sinkenden Budgets in vielen Privathaushalten werden hier sozialpolitische Fragen berührt, mit denen sich vor diesem Hintergrund auch die EU seit einiger Zeit verstärkt befaßt.

Die Darstellung der Industriepolitik und weiterer Initiativen der EU im Arzneimittelsektor soll nicht die Befürchtung erzeugen, daß die Arzneimittelversorgung in Deutschland direkt und vollständig dem Wirken europäischer Wirtschaftspolitiker unterworfen ist. Wie verschiedene Beispiele zeigen, verhindern die Kompromisse, die unter dem Einfluß der Gremien, Mitgliedstaaten und Interessengruppen geschlossen werden, und die Behändigkeit der Entscheidungswege radikale Veränderungen - was vielleicht auch gut ist.

Einheitliche Arzneimittel mit identischen Preisen sind also in weiter Ferne. Dennoch: Alle Beteiligten, nicht nur Industrie und Behörden, sollten die EU-Politik im Arzneimittelsektor beobachten und ernst nehmen und die Weiterentwicklung des Binnenmarktes für Arzneimittel nicht unterschätzen.

### Literatur bei der Verfasserin.

#### Tabelle 1:

Preiskontrolle, Erstattungen und Eigenbeteiligung in den Mitgliedstaaten

(1) In allen Ländern gibt es Befreiungen von der Eigenbeteiligung aufgrund sozialer oder therapeutischer Gründe.

(2) Im System der Referenzpreise leistet der Patient eine Eigenbeteiligung zu dem Anteil des Preises, der über dem Referenzpreis liegt (fester Betrag).

(3) Die Eigenbeteiligung entfällt für die am stärksten Benachteiligten (37 Prozent der Bevölkerung); für den Rest der Bevölkerung liegt die Obergrenze bei insgesamt 97 Pfund pro Quartal.

Quelle: Bericht über Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Umsetzung der Richtlinie 89/105/EWG (1992)

In diesem Text wird für Personenbezeichnungen der Plural verwendet, der gleichbedeutend für weibliche und männliche Personen steht.

# Mitgliederversammlung vom 14.-15.3.98 in Göttingen

## TOP 1: Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Gudrun Hahn wird als Versammlungsleiterin und Ildikó Szász als Protokollführerin gewählt. An der Mitgliederversammlung nehmen 13 Mitglieder teil. Die Mitgliederversammlung ist beschlußfähig.

## TOP 2: Die Tagesordnung wird wie folgt bestätigt:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Bestätigung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Protokolls der MV 1997
4. Bestätigung von neuen Mitgliedern
5. Rechenschaftsbericht des Vorstandes und Diskussion
6. Kassenbericht und Bericht der Rechnungsprüfer
7. Entlastung des Vorstandes und Diskussion
8. Wahl eines oder mehrerer Vorstandsmitglieder
9. Programmfortschreibung
- 9a Initiative 'Netzwerk Sozialer Apotheken'
10. Diskussion zukünftiger Arbeitsschwerpunkte
11. Anträge
12. Öffentlichkeitsarbeit
13. Finanzplan
14. Verschiedenes

## TOP 3: Genehmigung des Protokolls der MV 1997.

Das Protokoll der Mitgliederversammlung 1997 in Bonn wird einstimmig genehmigt.

## Top 4: Bestätigung der neuen Mitglieder

Es gab 5 Austritte, Anträge auf Mitgliedschaft liegen nicht vor. Der VdPP hat somit zur Zeit 148 Mitglieder.

## TOP 5: Rechenschaftsbericht des Vorstandes und Diskussion.

Isabella Sulger legte den Rechenschaftsbericht des Vorstandes vor (Siehe Anlage). In der anschließenden Diskussion wurde besonders positiv die gemeinsame Veröffentlichung mit dem VdÄÄ „Perspektive Gesundheit“ gewürdigt. Es sollte im nächsten Rundbrief darauf hingewiesen und eine Besprechung für die PZ verfaßt werden.

## TOP 6: Kassenbericht und Bericht der Rechnungsprüfer

Kassenbericht siehe Anlage. Udo Ament legte der Finanzbericht 1997 vor. Die Rechnungsprüfer Bernd Rehberg und Gudrun Hahn bestätig-

Ildikó Szász

ten die einwandfreie Führung des Kassenbuches und hatten keine Beanstandungen.

## TOP 7: Entlastung des Vorstandes

Der Vorstand wurde ohne Gegenstimmen bei 4 Enthaltungen entlastet.

## TOP 8: Wahl eines oder mehrerer Vorstandsmitglieder

Frauke Leitzbach-Blomes tritt aus dem Vorstand zurück.

Es wird beschlossen, die Zahl der Mitglieder des Vorstandes auf sechs zu erhöhen (einstimmig). Es wird beschlossen per Akklamation zu wählen (einstimmig). Neu in den Vorstand werden Katja Lorenz (einstimmig) und Michael Höckel (12 Ja-Stimmen, eine Enthaltung) gewählt.

## TOP 9: Programmfortschreibung

Regina Schuhmann und Katja Lorenz haben die Programmfortschreibungsentwürfe gezielt bei verschiedenen Mitgliedern angefordert. Sie werden diese sammeln, im Rundbrief veröffentlichen und auf der nächsten MV zur Diskussion und Abstimmung stellen. Vor der MV soll noch ein Arbeitstreffen stattfinden. Als neue Themen sollen aufgenommen werden: EU (evtl. Dörte Meyer), Apotheke der Zukunft, Standespolitik, Ausbildung, jüngere Geschichte, Datenschutz, Frieden.

9 a: Michael Höckel berichtet, daß die Initiative 'Netzwerk Sozialer Apotheken' zur Zeit nicht aktiv ist. Michael soll weiterhin an den Treffen der ERFA-Gruppe teilnehmen und dafür soll Geld bereitgestellt werden (9 dafür, 2 dagegen, 1 Enthaltung).

## Top 10: Diskussion zukünftiger Arbeitsschwerpunkte

### Rundbrief

Das Geld für den Referenten für Öffentlichkeitsarbeit soll teilweise dafür benutzt werden, Artikel für den Rundbrief zu honorieren (7 Ja, 2 Nein, 1 Enthaltung).

Dafür wird ein Betrag von 2500,- DM zur Verfügung gestellt (7 Ja, 3 Enthaltungen).

Dies ist auf 1 Jahr begrenzt (6 Ja, 1 Nein, 3 Enthaltungen).

Zwei Vorstandsmitglieder müssen die Honorierung befürworten (4 Ja, 2 Nein, 4 Enthaltungen).

Diese Honorierung kommt nur Autoren zu, die nicht Mitglied im VDPP sind (5 Nein, 7 Ja).

### Öffentlichkeitsarbeit

Petra Kolle will die regionale Mitgliederwerbung in HH aktivieren.

Der Vorstand soll einen Artikel im Rundbrief mit konkreten Vorschlägen, wie die Mitgliederwerbung aktiviert werden könnte, veröffentlichen.

Die Regionalgruppen sollen zu verstärkter Arbeit (Vorträge und Seminare) aufgefordert werden.

### Innerverbandliche Kommunikation

Der Verein stellt für Vorstandsmitglieder, die kein Fax haben, ein solches Gerät zur Verfügung (8 Ja, 2 Nein, 1 Enthaltung).

Der Vorstand wird aufgefordert, ein Konzept zu erarbeiten, wie zum Thema 'Optionen für ApothekerInnen' die Arbeit aktiviert werden kann.

## MV 1999

Die MV 1999 soll im März in Berlin oder im Juni in Hamburg stattfinden (10 Ja, 1 Nein, 1 Enthaltung).

### Herbstseminar

Das Thema soll sein: 'Bewertung und Kritik klinischer Studien'. Isabella Sulger und Thomas Schulz sollen sich dazu Gedanken machen.

### Weitere Themenvorschläge waren:

Arzneimittel und -information im Internet, Internet als Informationsforum für den VDPP

Optionen für ApothekerInnen, Qualitätsmanagement in der Apotheke

## TOP 11: Anträge

1. Die Internet-Web-Site des VDPP soll dazu genutzt werden, die Inhalte des jeweiligen aktuellen Rundbriefes wiederzugeben. Die Internet-Kommunikation des Vereins soll weiterhin professionell betreut werden. Ulf soll 50,- - 100,- DM pro Rundbriefausgabe dafür zur Verfügung gestellt werden (einstimmig).

2. Bei künftigen Mitgliederversammlungen und Veranstaltungen des VDPP soll eine Kinderbetreuung vorhanden sein, um Mitgliedern mit ein oder mehreren Kindern die Teilnahme zu ermöglichen (10 Ja, 2 Enthaltungen).

3. Das diesjährige Frauenseminar soll einmalig mit 1000,- DM subventioniert werden (10 Ja, 2 Enthaltungen).

## TOP 12: Öffentlichkeitsarbeit

Der Rundbriefredaktion wird von der MV ein besonderer Dank ausgesprochen

## TOP 13: Finanzplan

Udo Ament legte den Finanzplan vor. Der Finanzplan wurde in leicht veränderter Form angenommen (s. Anlage) (einstimmig, 1 Enthaltung).

## TOP 14: Verschiedenes

Es wird angeregt sich mit dem Thema Versandapotheken zu beschäftigen.

## TEIL 1): VERGLEICH MIT VORJAHR

	1997	1996	Index (1996 = 100)
<b>Einnahmen:</b>			
Beiträge	27 114.50	27 514.70	98.5
Spenden	218.00	631.80	34.5
Zinsen	270.67	276.76	97.8
Verkauf Rundbrief (Abos)	180.00	270.00	66.7
<b>Summe Einnahmen</b>	<b>27 783.17</b>	<b>28 693.26</b>	<b>96.8</b>
<b>Ausgaben:</b>			
Mitgliederversammlung	2 352.40	1 614.50	145.7
Seminare	3 223.26	4 376.70	73.6
davon Frauenseminar	35.80	832.20	4.3
Herbstseminar	3 187.46	3 544.50	89.9
Projekte:	0.00	5 347.69	( 0.0)
davon Ausstellung	0.00	100.00	0.0
Netzwerk	0.00	4 008.23	0.0
Who's Who	0.00	1 239.55	0.0
Spenden	1 740.00	540.00	322.2
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit	0.00	0.00	100.0
Vorstand	985.40	1 246.00	79.1
Rundbrief	9 110.58	10 249.19	88.9
davon Red. Honorare	2 448.00	2 300.00	(106.4)
Druck	4 869.08	5 252.04	( 92.7)
Versand	1 793.50	2 697.15	( 66.5)
Geschäftsstelle	7 348.03	7 256.21	101.3
davon Personalkosten	5 140.80	5 233.11	( 98.2)
davon Kommunikation:			
Telekom	1 020.15	852.46	(119.7)
Porto	370.00	551.00	( 67.2)
Sonstige Kom.	795.85	437.54	(181.9)
davon allgem. Kosten	21.23	181.30	( 11.7)
Regionalgruppen	0.00	0.00	100.0
Verschiedenes	346.10	315.30	109.8
<b>Summe Ausgaben</b>	<b>25 105.77</b>	<b>30 945.59</b>	<b>81.1</b>
<b>Vermögensentwicklung:</b>			
Einnahmen 1997	27 783.17		
Ausgaben 1997	25 105.77		
<b>Überschuß</b>	<b>2 677.40</b>		
Vermögen 01.01.1997	34 560.95		
<b>Vermögen 31.12.1997</b>	<b>37 238.35</b>		
<b>Vermögensaufteilung:</b>			
Vermögen 31.12.1997	37 238.35		
davon Kasse	11.52		
Postgiro	21 674.55		
Ökobank Festgeld 1	10 747.85		
Ökobank Festgeld 2	5 414.44		
Ökobank Anteil	100.00		
Rückstellungen	710.01		

VDPP FINANZBERICHT 1997

14.03.1998

## TEIL 2): VERGLEICH MIT PLAN

	Ist	Plan	Index (Plan = 100)
<b>Einnahmen:</b>			
Beiträge	27 114.50	27 500.00	98.6
Spenden	218.00	900.00	24.2
Zinsen	270.67	270.00	100.2
Verkauf Rundbrief (Abos)	180.00	330.00	54.5
<b>Summe Einnahmen</b>	<b>27 783.17</b>	<b>29 000.00</b>	<b>95.8</b>
<b>Ausgaben:</b>			
Mitgliederversammlung	2 352.40	1 500.00	156.8
Seminare	3 223.26	5 000.00	64.5
davon Frauenseminar	35.80		
Herbstseminar	3 187.46		
Projekte:	0.00	2 000.00	( 0.0)
davon Ausstellung	0.00	1 000.00	0.0
Netzwerk	0.00	1 000.00	0.0
Who's Who	0.00	0.00	-
Spenden	1 740.00	2 000.00	87.0
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit	0.00	20 000.00	0.0
Vorstand	985.40	1 500.00	65.7
Rundbrief	9 110.58	12 000.00	75.9
davon Red. Honorare	2 448.00	3 000.00	(81.6)
Druck	4 869.08	6 000.00	(81.2)
Versand	1 793.50	3 000.00	(59.8)
Geschäftsstelle	7 348.03	8 000.00	91.9
davon Personalkosten	5 140.80	4 800.00	(107.1)
davon Kommunikation:			
Telekom	1 020.15	1 000.00	(102.0)
Porto	370.00	800.00	(46.3)
Sonstige Km.	795.85	1 000.00	(79.6)
davon allgem. Kosten	21.23	400.00	( 5.3)
Regionalgruppen	0.00	1 000.00	0.0
Verschiedenes	346.10	500.00	69.2
<b>Summe Ausgaben</b>	<b>25 105.77</b>	<b>53 500.00</b>	<b>46.9</b>

## VDPP FINANZPLAN 1998

15.03.1998

	Plan 1998	Plan 1997		Ist 1997	
	DM	DM	Index	DM	Index
<b>Einnahmen:</b>					
Beiträge	27 000.00	27 500.00	98.2	27 114.50	99.6
Spenden	490.00	900.00	54.5	218.00	224.8
Zinsen	270.00	270.00	100.0	270.67	99.8
Verkauf Rundbrief (Abos)	240.00	330.00	72.7	180.00	133.3
<b>Summe</b>	<b>28 000.00</b>	<b>29 000.00</b>	<b>96.6</b>	<b>27 783.17</b>	<b>100.8</b>
<b>Ausgaben:</b>					
Mitgliederversammlung	2 000.00	1 500.00	133.3	2 352.40	85.0
Seminare	6 000.00	5 000.00	120.0	3 223.26	186.1
Projekte	6 000.00	2 000.00	300.0	0.00	
davon Netzwerk	(1 000.00)	(1 000.00)	100.0	( 0.00)	
Ausstellung	(1 000.00)	(1 000.00)	100.0	( 0.00)	
10jähriges Jubiläum	(4 000.00)				
Spenden	2 500.00	2 000.00	125.0	1 740.00	143.7
Öffentlichkeitsarbeit	10 000.00	20 000.00	50.0	0.00	
Vorstand	1 500.00	1 500.00	100.0	985.40	152.2
Rundbrief	10 000.00	12 000.00	83.3	9 110.58	109.8
davon Red. Honorare	(2 950.00)	(3 000.00)	98.3	(2 448.00)	120.5
Druck	(4 800.00)	(6 000.00)	80.0	(4 869.58)	98.6
Versand	(2 250.00)	(3 000.00)	75.0	(1 793.50)	125.5
Geschäftsstelle	8 000.00	8 000.00	100.0	7 348.03	108.9
davon Personalkosten	(5 200.00)	(4 800.00)	108.3	(5 140.80)	101.2
Kommunikation:					
Telefon	(1 200.00)	(1 000.00)	120.0	(1 020.15)	117.6
Porto	( 400.00)	( 800.00)	50.0	( 370.00)	108.1
Sonstige Kom.	( 800.00)	(1 000.00)	80.0	( 795.85)	100.5
Allgem. Kosten	( 400.00)	( 400.00)	100.0	( 21.23)	220.6
Regionalgruppen	500.00	1 000.00	50.0	0.00	
Verschiedenes	500.00	500.00	100.0	346.10	144.5
<b>Summe:</b>	<b>47 000.00</b>	<b>53 500.00</b>	<b>87.9</b>	<b>25 105.77</b>	<b>187.2</b>

Index 1): Verhältnis der Planzahlen 1998 zu den Planzahlen 1997 (1997 = 100%)  
Index 2): Verhältnis der Planzahlen 1998 zu den Ist-Zahlen 1997 (1997 = 100%)

## Rechenschaftsbericht des Vorstandes

### In Kürze:

- 5 Vorstandssitzungen
- 2 Seminare
- 5 Rundbriefe

### Seminare:

Im Juni letzten Jahres fand das Frauenseminar zum Thema „Hormone ein Leben lang“ in Berlin statt. Im ersten Teil sollte das Thema „Risikobewertung oraler Kontrazeptiva der dritten Generation“ von Frau Halberkath vom arzneitelegramm vorgetragen werden. Da sie erkrankte, sprang kurzfristig Ulrich Hagemann ein. Ein ausführlicher Bericht kann im Rundbrief 41 nachgelesen werden. Den zweiten Teil des Seminars gestaltete Christina Sachse vom Feministischen Frauengesundheitszentrum Berlin. Sie sprach über Substitution von Hormonen in den Wechseljahren. Leider fand sich zu diesem Teil der Veranstaltung keine Protokollantin. Nach einer Einführung mit Blick auf die Wechseljahre in anderen Ländern, in denen sie zum Teil unbekannt sind, begann sie mit der gesellschaftlichen Bedeutung und führte aus, daß nur ein Drittel der Frauen unter Beschwerden leidet, die ärztlicher Hilfe bedürfen. Weiterhin ging sie auf die Risiken der Hormonsubstitution ein und das offensive Verhalten vieler ÄrztInnen bei dieser Therapieform. Die Hor-

mone werden unter anderem zur Prophylaxe der Osteoporose, bei Hitze-wallungen und trockener Scheidenschleimhaut angewendet. Im Anschluß stellte sie Selbsthilfetips und Methoden von HeilpraktikerInnen (Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie) vor. Erst in dritter Priorität sieht sie die Notwendigkeit einer Hormonsubstitution. Zum Schluß ging sie auf das Krankheitsbild der Osteoporose und deren Basistherapie ein. Am Sonntag diskutierten wir aus den Vorträgen entstandene Fragen und wollen zum nächsten Frauenseminar Beratungsleitfäden zu den Themen „Pille, Beschwerden in den Wechseljahren und Osteoporose“ erarbeiten. Das nächste Seminar findet wieder in Berlin mit dem Thema „Beschwerden in den Wechseljahren - Alternativen zur Hormontherapie“ statt. Nach dem Seminartrafen sich Interessierte zu der Vorbereitung der Ausstellung „100 Jahre Frauen in der Pharmazie“.

Das Herbstseminar wurde diesmal in Hamburg mit dem Überthema „Gesundheitsversorgung nach den NOGs“ veranstaltet. Den organisatorischen Teil übernahm die Hamburger Regionalgruppe. Wir freuten uns, den Vereinskollegen Gerd Glaeske, Leiter der medizinisch wis-

senschaftlichen Grundsatzabteilung der Barmer Ersatzkrankenkasse, im ersten Teil des Seminars dabeizuhaben, der seinen Vortrag aus der Sicht der Krankenkassen hielt. Im zweiten Teil sprach Professor Badura von der gesundheitswissenschaftlichen Fakultät Bielefeld zum Thema „Der Patient als Koproduzent von Gesundheit“. Ausführliche Berichte sind im Rundbrief 42 nachzulesen. Für den Verein sind sicherlich die „Optionen für ApothekerInnen“, die Prof. Badura am Ende der Veranstaltung zur Verfügung stellte für die weitere Diskussion interessant. Am Sonntag besuchten einige von uns eine alternative Hafenrundfahrt eigens für den Verein, die Patrick Wagner bei übelstem Wetter trotz schlimmer Erkältung anbot. Hierfür auch ein Dankeschön an seine Adresse. Beide Seminare waren sehr gut besucht und brachten viele Anregungen.

### Arbeitsgruppen

- das Netzwerk soziale Apotheken
- die Gruppe „100 Jahre Pharmazie für Frauen“
- die Rundbriefredaktion
- die Gruppe „Programm Diskussion“
- Netzwerk soziale Apotheken  
Die ERFA-Gruppe trifft sich weiterhin, während die Arbeitsgruppe Netzwerk bisher nicht mehr zustandekam. In der ERFA-Gruppe wird diskutiert, ob die Gründung eines Netzwerkes sozialer Apotheken noch realistisch ist.
- die Gruppe „100 Jahre Pharmazie für Frauen“  
Die Arbeitsgruppe ist weiter am Ball, jedoch sind im Moment zu wenige beteiligt, um die Arbeit zu bewältigen. Es wird noch Material gesucht wie alte Photos, Studienunterlagen, Tagebücher etc. Bei der Vorbereitung der Ausstellung freut sich die Gruppe

über jegliche Hilfe. Die Briefmarke zu Ehren der ersten Apothekerin Magdalena Neff wird nicht erscheinen, da es für 1999 schon zu viele Anfragen gab.

- die Rundbriefredaktion  
Seit der letzten MV erschienen 5 Rundbriefe. An dieser Stelle sei den AutorInnen gedankt. Udo Ament regte an, daß Layout zu ändern. Seit dem Rundbrief 41 erscheint dieser dreispaltig in kleinerer Schriftgröße, wodurch Papier eingespart wird. Der Rundbrief ist zwischen den Versammlungen und den Seminaren weiterhin unser wichtigstes Sprachrohr.
- die Gruppe „Programmdiskussion“  
Katja Lorenz und Regina Schumann bildeten eine Gruppe zur Programmüberarbeitung, die sich im Januar getroffen hat.

### Vorstandssitzungen

Seit der letzten MV tagte der Vorstand fünfmal, hauptsächlich in Kassel bei Ildiko Szasz und Michael Höckel. An dieser Stelle möchten wir uns herzlich für ihre Gastfreundschaft bedanken. Wir arbeiten im Moment zu viert, das fünfte Mitglied ist zu keiner Sitzung erschienen und auf unsere Anfrage hin zurückgetreten.

### Außenkontakte

Außenkontakte bestehen zu einer ganzen Reihe von Organisationen. Das Forum Leipzig wurde mit 500 DM unterstützt (Beschuß der letzten MV). Die VESA sowie die SAL-ApothekerInnen laden uns regelmäßig zu ihren Treffen ein. Jürgen Große arbeitete an dem Memorandum „Alternativen zur aktuellen Gesundheitspolitik“ des VDÄÄ mit, wobei der VDPP ist Mitherausgeber des

Memorandums ist. Dem „Forum für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik“ sind wir beigetreten und unterstützen finanziell deren bundesweiten Sozial- und Gesundheitspolitischen Kongreß. Weitere Kontakte bestanden zum Genetisches Netzwerk, zu „Terra mater“ (beschäftigt sich mit Tierversuchen im Pharmabereich), Coordination gegen Bayer, der BUKO-Pharmakampagne, der Internationale Abrüstungskampagne, European Abolition 2000 Network, Medico international, dem arzneitelegramm, Ökotest sowie zu Bündnis 90/die Grünen.

### Grundaufgaben

Der Vorstand war hauptsächlich mit der Vorbereitung des Herbstseminars und der diesjährigen MV beschäftigt. Ein wichtiges Anliegen war uns die Nachwahl von zwei Vorstandsmitgliedern.

### Themen

- Öffentlichkeitsarbeit  
Durch den Beschluß der letzten MV waren wir damit betraut, die Stelle der ReferentIn für Öffentlichkeitsarbeit intern oder auch extern auszuschreiben. Wir bezweifeln allerdings, jemanden zu den jetzigen finanziellen Bedingungen (2000 DM mit allen Nebenkosten) zu finden. Da im diesjährigen Pharmazeutenkalender die Selbstdarstellung des VDPP fehlt, wollen wir uns um diese in der nächsten Ausgabe kümmern. Ulf Thomas entwarf eine Homepage des VDPP für das Internet.
- Programmfortschreibung  
Bisher wurden die Themen Euromarkt, Apotheke der Zukunft, Standespolitik, Ausbildung, jüngere Geschichte, Datenschutz und Frieden bearbeitet.

### -AMG

Eugen Eschenlohr erstellte einen Entwurf einer Stellungnahme des VDPP zur 7. AMG-Novelle mit Änderungsvorschlägen, die von Jürgen Große überarbeitet und den Fraktionen im Gesundheitsausschuß sowie dem Ministerium zugesandt wurde. Diese wurden vom Bundesministerium für Gesundheit nicht angenommen. Jürgen Große plant eine Stellungnahme zur 8. AMG-Novelle.

Weitere Themen im Vorstand waren die ABDA-Thesen, Positivliste, die NOGs mit ihren neuen Zuzahlungsregeln sowie Teile des Memorandum „Alternativen zur aktuellen Gesundheitspolitik“ des VDÄÄ (s.o.).

### Beschlüsse letzte MV

- Förderung des Forum Leipzig mit 500 DM (s.o.)
- Ausschreibung der Stelle „ReferentIn für Öffentlichkeitsarbeit“ (s.o.)
- Schriftliche Arbeitsverträge für die Angestellten des VDPP (100% Lohnfortzahlung)  
Dieser Beschluß wurde von den ihn betreffenden Personen für unnötig erachtet.

Isabella Sulger

---

## Bericht über das Gesundheitswesen in Brasilien

Udo Ament

### Erfahrungsbericht eines Touristen, der zum Patienten wurde

Im Oktober 1997 reiste ich nach Brasilien, um einen alten Freund wiederzutreffen und um das Land kennenzulernen. Schon am zweiten Abend meiner Reise wurde ich zum Patienten: auf dem Rückweg vom Strand fiel mich ein Schäferhund von hinten an. Ich wußte nicht, wie mir geschah; nach einem zehn-minütigen Kampf gab der Schäferhund auf, und ich war krankenhaureif. Meine eigenen Eindrücke wurden durch Gespräche mit Bekannten untermauert. Danach ergibt sich folgendes Bild vom brasilianischen Gesundheitswesen:

**Staatliches Gesundheitswesen:** So etwas wie Kassenarztpraxen gibt es in Brasilien nicht. Die medizinische Grundversorgung der breiten Mehrheit der Bevölkerung obliegt staatlichen Krankenhäusern. Diese sind durchweg völlig überlastet und befinden sich zumeist auf erbärmlichem Niveau, was Hygiene, technischen Zustand und personelle Aus-

stattung betrifft. Der Staat gibt nicht genug Geld für das Gesundheitswesen aus: Im Vergleich zu wesentlich ärmeren Nachbarländern liegt die Lebenserwartung der Menschen in Brasilien um bis zu 10 Jahren niedriger!

**Private Krankenhäuser:** Wer es sich leisten kann, läßt sich hier behandeln. Diese Einrichtungen sind auf recht hohem, zum Teil durchaus mit Deutschland vergleichbarem Niveau. Private Krankenhäuser sind reserviert für Reiche und Touristen, und selbst diese können Probleme bekommen, die hohen Preise zu bezahlen. Für Normalverdiener liegen die privaten Krankenhäuser außerhalb jeder Dimension.

**Niedergelassene Ärzte:** In den Wirtschaftszentren gibt es Arztpraxen für Privatpatienten, vor allem Orthopäden, Gynäkologen und Augenärzte. In der Grundversorgung spielen niedergelassene Ärzte keine Rolle.

**Der Arzneimittelmarkt:** Alle auch in Deutschland üblichen Basismedikamente sind, zum Teil aus eigener Generikaproduktion, vorhanden, wenn auch vielfach teurer als

bei uns. Die Medikamente müssen von den Kranken zumindest vorfinanziert werden, deshalb für viele Menschen unerschwinglich.

**Apotheken ohne Apotheker:** relativ gut bestückt und mit moderner Datentechnik ausgerüstet (Scannerkassen). Diese wird jedoch ausschließlich zur Warenwirtschaft eingesetzt. Die Bediensteten sind fachlich inkompetente Arzneimittelverkäufer, von denen man keinen Rat erwarten darf.

Im folgenden nun - für Interessierte, mein Erfahrungsbericht.

**Erste Station - Staatliches Krankenhaus, Impfstation:**

Natal, offiziell 470 000 Einwohner, ist im düregeplagten Nordosten, der ärmsten Region Brasiliens gelegen. Wegen der seit zehn Jahren immer seltener werdender Regenfälle wird die wirtschaftliche Situation der Bevölkerung im Hinterland zunehmend unerträglich. In Massen strömen die Menschen nach Natal auf der Suche nach Arbeit. Die wahre Einwohnerzahl wird auf mindestens eine Million geschätzt. Zwar hat die Wirtschaft die verzweifelten Norddestinos als zu allem bereite, billige Arbeitskräfte schätzen gelernt, so daß Natal als „boomtown“ gilt. Jedoch macht der ungebremste Bevölkerungszug alle Bemühungen um Strukturverbesserung zunichte. Die Ressourcen reichten einfach nicht für alle. So sieht die ganze Stadt heruntergekommen aus, wenn auch noch nicht so verwahrlost wie das weiter südlich gelegene Recife in einigen Bezirken.

Das Krankenhaus lag in einem der schäbigsten Teile von Natal, und schon das zentrale Wartezimmer bot das Bild äußerster Armut. Der Fußboden starrte vor Dreck; die Menschen saßen im Halbdunkel und warteten, viele von ihnen besaßen



*Boa Farmacia, die Schöne Apotheke in Salvador*

keine Schuhe. In den Gängen und Behandlungsräumen sah es kaum besser aus. Dicke Wasserstrahlen aus den Kühlaggregaten ergossen sich in überlaufende Eimer und überschwemmten den Boden. Eigentlich war ich zum Versorgen meiner Wunden hergebracht worden, aber der Sterilbereich war - gottlob, dachte ich - geschlossen. Zur Aufnahme in das Krankenhaus wurden meine Personalien aufgenommen, und mit Hilfe meiner Gastgeberin wechselte ich Nationalität und Geschlecht, wurde zur Brasilianerin X.Y., und deshalb aufgenommen. Dann kam der Arzt, verordnete Doxycyclin und einen Berg Verbandmull, fragte meinen Impfstatus ab und bestand dann darauf, daß ich gegen Tollwut geimpft würde, bevor er mich irgendwo anders hin überweisen würde, um die Wunden zu versorgen.

So kam ich in den Genuß des teuren Tollwut-Impfschemas auf Staatskosten. Hunde können kostenlos gegen Tollwut geimpft werden, jedoch bezahlt der Staat nicht den Anfahrtsweg zum Tierarzt, und viele Menschen haben weiß Gott andere Sorgen, als ihre Tiere impfen zu lassen,

und so laufen noch genügend Hunde ungeimpft herum, auch wenn ihre Besitzer behaupten, sie seien geimpft.

Wer einen Impfstoff benötigt, mußte hierher, eine andere Impfstation gab es in der ganzen Stadt nicht. Der Impfstoff wurde aus einer Kühlbox entnommen, wie wir sie zum Picknick benutzen, und ich fühlte mich ausgeliefert: wenn mir jetzt eine iatrogene Tollwutinfektion verpaßt würde wegen mangelhafter Kühlung? immerhin war das Zeug ein Lebendimpfstoff? Inzwischen weiß ich, daß solche stangeneisgefüllte Kühlboxen zu erstaunlichen Kühlleistungen in der Lage sind. An den Stränden, auf den Straßenfeten, waren sie massenhaft zu finden; die in ihnen enthaltenen „geladinhas“ (Bierdosen) waren immer eiskalt, das Bier schmeckte köstlich. In der Impfstation wußte ich das noch nicht. Zu offensichtliches Mißtrauen gegen die Kühlbedingungen wollte ich nun auch nicht zeigen, obwohl ich es hegte. Also äußerte ich Zweifel wegen der vielen vor der Abreise erhaltenen Impfungen mit Lebendimpfstoff, Gelbfieber, Typhus, Po-

lio. Das brasilianische Impfschema unterschied sich erheblich vom deutschen. So hoffte ich, mich vor der Impfung drücken zu können. Der Impfarzt, ein junger Schwarzer, antwortete geduldig und ruhig auf alle Fragen. Er schien fähig zu sein. Ihm vertraute ich, und allmählich vertraute ich auch dem Impfstoff, der Kühlbox, dem Stangeneis und dem ganzen Krankenhaus, so schäbig und verlottert es auch aussah. Eigentlich blieb mir auch nichts anderes übrig. Vielleicht hatte der Hund, der mich angefallen hatte, wirklich Tollwut - und was dann?

An den Ärzten liegt es nicht. Sie sind gut ausgebildet und tun, was sie können. Aber es sind zu wenige von ihnen da, hingegen zu viele Patienten, zu viele Mängel, zu wenig Geräte, zu wenig Ersatzteile, zu wenig Desinfektionsmittel, zu wenig Kapazitäten, zu wenig Geld. Wenigstens sind Impfstoffe kostenfrei für alle BrasilianerInnen erhältlich.

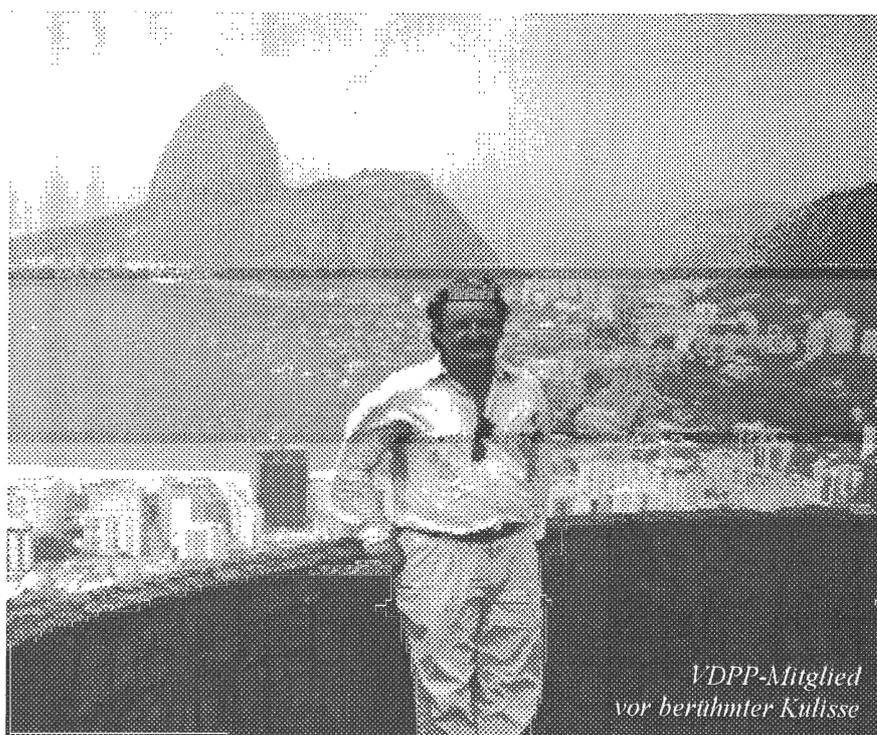
Der Staat könnte durchaus mehr für das Gesundheitswesen ausgeben. Aber er wird beherrscht von der winzigen, stinkreichen Oberschicht J die alles tut, um die staatlichen Ressourcen auch noch in die eigenen Taschen zu wirtschaften. Francisco Marinho, der greise Medienzar von Globo TV, hat keine Kosten gescheut, um seinen Günstling Collor de Mello vor der Präsidentschaftswahl an die Öffentlichkeit zu pushen, auf daß eine Hand die andere wasche und genug Beute für alle abfalle. Collor hat es geschafft sich während seiner kurzen Amtszeit den ganzen Bundesstaat Alagoas faktisch anzueignen; alle Amigos leben gut davon. Die Oberbürgermeisterin von Natal hat, als sie wußte, daß sie abgewählt werden würde, sogar noch schnell die städtischen Müllwagen verscherbelt und den Erlös eingesteckt. Inzwischen kehrte sie ins Amt zurück - als das kleinere

Übel: Ihr Nachfolger hatte es noch schlimmer getrieben.

Privates Krankenhaus: gut, aber teurer

Als er sah, wohin der Arzt aus dem staatlichen Krankenhaus mich zur Wundversorgung überwiesen hatte, schlug mein Gastgeber die Hände zusammen. „Kommt gar nicht in Frage,“ protestierte er, „dieses Krankenhaus gehört noch zu denen, die besser geführt sind. Aber wo du jetzt hin sollst, ist das Hinterletzte.“ Er erzählte mir, was einer Bekannten von ihm dort passiert war. Nach einem Unfall hatte man sie in das Krankenhaus gebracht und wieder nach Hause geschickt. Den Schädelbruch hatte man übersehen, die Gehirnblutung auch. Kein Arzt hatte sie untersucht, überhaupt niemand hatte sich um sie gekümmert. Man hatte sie einfach nur liegen gelassen. Zu Hause war sie zusammengebrochen. „Sie läuft den ganzen Tag durch die Straßen und brabbelt vor sich hin. Sie ist erst achtzehn. Dort fängst du dir einen Infekt ein und gehst drauf, bevor auch nur irgendein Arzt mitkriegt, daß du da bist. Wir gehen in ein privates Krankenhaus, auch wenn das sauteuer ist!“

Die Atmosphäre in dem privaten Krankenhaus war ganz anders als im staatlichen. Alles war freundlich, hell und aufgeräumt, keine Glühbirne war kaputt, die Klimaanlage spie nicht nur Wasser, sondern kühlte, und als ich zu frösteln begann, wurden angewärmte Decken gebracht. Ein Heer von Bediensteten wuselte um mich herum, als ob ich der einzige Patient wäre. Vielleicht war ich es ja auch. Jedenfalls sah ich keinen anderen, ganz im Unterschied zu dem überfüllten staatlichen Krankenhaus. Der OP sah aus wie ein normaler OP in einem normalen Krankenhaus, wie in Deutschland. Der Chirurg sprach ein wenig Englisch. Er habe gehört, was passiert



*VDPP-Mitglied  
vor berühmter Kulisse*

sei. Ob ich nicht die Nase voll hätte von Brasilien, weil ich schon am meinem zweiten Abend verletzt im Krankenhaus gelandet wäre? „Pastoro alemao, nao brasileiro“ (es war ein Deutscher Schäferhund, kein brasilianischer) kratze ich all mein Portugiesisch zusammen. Danach glaubte er wohl, ich spräche Portugiesisch, jedenfalls redete er mich nicht mehr auf englisch an. Dann ging es an die Arbeit. Die Nordestinos haben die Eigenschaft, daß sie jeden an- und auslautenden Vokal verschlucken, wenn er keinen Akzent trägt. Aus „anestetico“ wird „nestetic“, aus „gazo“ (Mull) - als der Arzt „gaz“ verlangte, sprang ich blitzschnell vom OP-Tisch. Erst dann kapierte ich, daß man mir wohl doch keine Gasnarkose verpassen wollte, und um mein Gesicht zu wahren, log ich, daß ich noch schnell aufs „sanitario“ müßte. Die letzten beiden Wunden wurden ohne Betäubung genäht; man hatte für die anderen bereits zuviel „nestetic“ verbraucht, um mir noch mehr geben zu können, und ich hatte die freie Hand zur Faust geballt, bereit, zu-

zuschlagen, falls der Chirurg mir nur noch einem einzigen Stich versetzen würde, um mich zu quälen. Doch er war fertig, nach zweieinhalb Stunden waren alle heraushängenden Fleischfetzen abgeschnitten, alle Wunden zugenäht. Eine lange Rechnung ratterte aus dem Computer.

Alles war wie in einem deutschen Krankenhaus gewesen, bis auf die total verrostete Brille des Chirurgen. In der salzhaltigen Luft korrodiert Metall rasant. In Belem an der Amazonasmündung hält ein neues Auto gerade einmal ein Jahr, in Natal nicht viel länger. Auf der Rechnung war jeder Mulltupfer, jede Spritze, jede Kanüle akribisch aufgelistet und berechnet, sogar zwei Skalpellklingen standen drauf. DM 1 000.00 hatte die ganze Aktion in etwa gekostet - das Jahreseinkommen eines brasilianischen Durchschnittsverdieners!

Die erste Station meiner geplanten Rundreise konnte ich vergessen. Es standen ja noch Tollwutspritze zwei und drei aus, die Wundnachsorge,

dann das Fädenziehen. Außerdem konnte ich den linken Arm nicht heben und mit der rechten Hand nichts greifen, der lange Kampf mit dem Hund hatte mir auch noch jede Menge Schürfwunden, Kratzer und blaue Flecken eingebracht. Wie hätte ich da unterwegs allein zurechtkommen sollen? Ich erschrak ja, wenn ich mich selbst im Spiegel sah.

Station 3. 4. etc.: diverse Apotheken

„Du wirst nie gesund werden“ tadelte meine Gastgeberin, „du rauchst, ißt Fleisch und trinkst. Sogar deine Medikamente spülst du mit Bier hinunter.“ - Ich entgegnete ihr, als „farmacista“ (Apotheker) wüßte ich, welche Arzneimittel ich mit Alkohol einnehmen könnte und welche nicht. Das ließ sie nicht gelten: „OK, wenn du nicht auf mich hören willst, weil du farmacista bist, dann bin ich deine medica (Ärztin) und ich sage dir: so wirst du nicht gesund.“ Denn sie wußte, daß ein farmacista für gewöhnlich nichts von Arzneimitteln versteht. Farmacistas sind Apothekenleiter, aber keine Pharmazeuten. Sie wissen nicht mehr über Arzneimittel als andere Menschen. Der einzige echte Arzneimittelkundige ist der Arzt. Es gab keinen Grund zu glauben, daß ein deutscher farmacista mehr wissen sollte als ein brasilianischer, und wenn ich gar behauptet hätte, ich wüßte mehr als der Arzt, hätte sie mich für überheblich, für verrückt erklärt. Die Ironie, mit welcher sie sich zur Ärztin erklärt hatte, begriff ich erst, als ich zum erstenmal eine brasilianische Apotheke betrat.

Mehrmals täglich ein Dutzend Wunden zu versorgen, erfordert Unmengen von Desinfektionsmitteln, Mull und Heftpflaster, weit mehr als ich von zu Hause mitgebracht hatte. Dazu kam noch das Schmerzmittel und das Antibiotikum. Ich wurde häufiger Kunde in Apotheken.

Von außen unterscheidet sich eine brasilianische Apotheke kaum von einer deutschen, außer daß die brasilianische ihre Schätze nicht in Schubladen versteckt, sondern stolz nach außen präsentiert, und daß am Eingang Tafeln mit langen Listen hängen, auf denen die Arzneimittelpreise stehen vergleichbar mit den Speisekarten am Eingang von Gaststätten.

Es ist lange her, daß ich einmal in einer türkischen Kleinstadt in einer Apotheke war. Diese Apotheke war im Prinzip ein Kräuter- und Parfümladen, er quoll über von nicht-pharmazeutischen Waren - sogar Bildpostkarten wurden verkauft, und kleine Eimer und Schaufeln aus Plastik, mit denen die Kinder am Strand spielen konnten. Das kleine Arzneimittelsortiment bestand im wesentlichen aus Präparaten von Bayer und Roche; zwischen Aspirin und Talcid stand verloren eine Schachtel Lexotanil.

Brasilianische Apotheken sind von einem solchen Image weit entfernt. Sie sind sehr breit sortiert, man findet viele bekannten Marken- und Generikanamen. Ramsch wird dort nur in relativ bescheidenem Umfang angeboten. Daneben gibt es die „drogarias“, deren Sortiment dem der „farmacias“ entspricht, außer daß sie keine rezeptpflichtigen Arzneimittel führen, dafür aber in größerem Umfang Hygieneartikel. Doch selbst eine drogaria bietet ein pharmazeutischeres Bild als etwa eine britische Apotheke.

Moderne EDV hat längst in den Geschäften Einzug gehalten; selbst im kleinsten Schuhladen steht ein Computer. Apotheken sind in der Regel mit Scannerkassen ausgestattet, aber die Technik wird ausschließlich für die Warenwirtschaft und zum Kassieren genutzt, nicht zur Information oder gar zur Beratung. Es scheint unüblich, daß man in die Apotheke

geht, sagt, was man hat, und bekommt, was man braucht. Ich jedenfalls hin mit solchen Selbstmedikationsversuchen nie weit gekommen.

Crema antiherpetica? - Keine Ahnung. Es gibt schließlich auch keine Creme, die so heißt. Zovirax? - Unbekannt. Crema com aciclovir? - Man zeigt mir Aciclovir-Tabletten. (es gibt eine aciclovirhaltige Creme, die aber nicht Aciclovir heißt, und auf den Markennamen ist keiner gekommen). Ebenso Ibuprofen-Tabletten: diese tragen einen mir unbekannt gebliebenen Markennamen. Resignierend verlangte ich Diclofenac, obwohl ich das weniger gut vertrage, aber ich hatte den Namen auf dem Schild am Eingang entdeckt und wußte, daß sie es hatten. Tatsächlich bekam ich eine Packung, auf der das Wort Diclofenac stand. Oder ich verlangte „gazo sterilizado“ - Kopfschütteln. Ich zeigte eine leere Packung. Aha gazo antiseptico. Alles klar.

In Brasilien gibt es, wie schon gesagt, viele Apotheken. Es gibt auch echte Apotheker: in der Pharmaindustrie, nicht aber in den Apotheken. Dort gibt es nur Schubladenzieher, Arzneimittelverkäufer. Niemand scheint zu erwarten, daß sie die Artikel kennen, mit denen sie handeln. Daher auch die etwas höhnische Bemerkung meiner Gastgeberin, als ich mich über ihre Ratschläge hinwegsetzte. Nur weil ich „farmacista“ bin als ob das irgend etwas zu bedeuten hätte!

Alle Apotheken in der Millionenstadt Natal befinden sich in der Hand desselben Besitzers. Sie finden sich stets zu zweit an gegenüberliegenden Straßenecken, tragen unterschiedliche Namen, und nichts deutet darauf hin, daß es sich um Filialen derselben Kette handelt statt um eigenständige Geschäfte. Da kann ein unzufriedener Kunde drohen, er

werde in Zukunft zur „Konkurrenz“ gehen, oder gar wütend aus dem Laden stürmen - ob er wiederkommt oder nicht, bekümmert den Filialleiter nicht besonders. In Natal wurde ich eher freundlicher bedient als später etwa in Salvador oder in Rio, aber das mag andere Gründe haben. (Die von mir bevorzugte Apotheke in Natal hieß übrigens „Irma la Douce“ - man stelle ich eine Apotheke in Deutschland vor, die nach dem

Freudenmädchen benannt wäre!).

Die Wunden verheilten gut, die Arzttermine wurden einer nach dem anderen abgehakt, die „Wundnachsorge“ bestand darin, daß der Arzt fragte, ob ich Schmerzen hätte (nein), dann kam eine Krankenschwester und zog die Drainageschläuche heraus, einer von ihnen war acht Zentimeter lang (Schreck! - wenn ich gewußt hätte, daß die Wunde so tief war, hätte ich mich viel schwerer verletzt gefühlt), und diese ärztliche Minimalleistung kostete \$ 70.00 - nicht Mark, sondern US-Dollar. Um weitere Kosten zu sparen, beschlossen wir, die Fäden selbst zu ziehen. Gesagt getan, doch kaum waren die Knoten an der besonders tiefen Wunde aufgeschnitten, spritzte mir plötzlich eine große Menge Flüssigkeit aus der Brust. @;e Wunde war aufgegangen und klaffte. Der gute Chirurg hatte mir zwar eine schöne Drainage gelegt, aber dann versehentlich zugenäht. Kein Wunder, daß nie etwas aus dem Schlauch gekommen war.

Kleider machen Leute

Wenn ich noch etwas von Brasilien sehen wollte, mußte ich am nächsten Tag weg, offene Wunde hin oder her. Also saß ich am nächsten Tag im Bus nach Recife. Die Wunde verschloß sich zwar wieder, brach aber immer wieder auf und wurde dabei immer größer. Es bildete sich eine Tasche,

die ich tamponieren mußte. Das bedeutete mehr Besuche in Apotheken, denn ich brauchte nun Verbandsmaterial wahrscheinlich bis zum Ende der Reise.

Nachdem sich an meinem ersten Abend in Salvador ganze Bande finsterner Gestalten vor dem Restaurant versammelt hatte und darauf wartete, daß ich herauskam - Angestellte des Lokals eskortierten mich durch die düsteren Gassen der Altstadt bis zu meinem Hotel - beschloß ich, mein Outfit zu ändern und mich dabei an den „favsleiros“, den Slumbewohnern, der Unterschicht zu orientieren. Die Klamotten kaufte ich am nächsten Tag am Straßenrand, und bald ging ich, wenn ich meinen Mund hielt, bei oberflächlicher Betrachtung tatsächlich als Einheimischer durch. Um auf meine wahre Identität zu kommen, mußte man mich schon genauer beobachten, etwa daß ich mehr Bier trank, als sich ein faveleiro leisten kann.

Nun konnte ich mich zwar mit Recht vor Straßenräubern sicher fühlen, dafür aber ergab sich ein neues Problem: in den Cafes, Restaurants und Geschäften war ich plötzlich kein gergesehener Gast mehr. Manchmal wurde ich schlicht ignoriert, meistens jedoch in eher barschem Tonfall gefragt, was ich denn wollte. Wenn ich dann in der Apotheke eine leere Rolle Heftpflaster aus dem Beutel zog, mußte ich „posso pagar“ (ich kann's bezahlen) dazusagen, damit die Leute freundlicher wurden.

Einkaufen in brasilianischen Geschäften stellte sich als merkwürdiges Ritual dar. Man sucht die Ware aus, gibt sie zum Verpacken, dann wandert die Ware in ein Regal hinter einem zweiten Tresen, erhält einen Zettel, mit dem man zur Kasse geht, bezahlt, bekommt einen Bon, gibt diesen ab und erhält dafür sein Warenpäckchen. Auch wenn man nur eine Rolle Heftpflaster kauft.

Für den ganzen Vorgang sind drei Angestellte erforderlich - eine Vorsichtsmaßnahme wegen der vielen Menschen, die zwar kaufen wollen, aber nicht zahlen können. In Banken und Nobelrestaurants wimmelt es von schwerbewaffneten Wachleuten. Man merkt, daß in Arbeitskräfte in Brasilien noch wesentlich billiger sind als Kapital. Personalknappheit ist nirgends zu finden. Aber da es wenig Menschen gibt, die Geld haben, gibt es in den Geschäften auch nur wenig zu tun, und die Gehälter, die gezahlt werden, sind Hungerlöhne. Wer jedoch wenig verdient, kann auch nur wenig ausgeben, und da beißt sich die Katze in den Schwanz.

Brasilien: kein schlimmes Land - im Gegenteil!

Meine Schilderung mag bei dem einen oder anderen den Eindruck erweckt haben, als ob Brasilien ein Land sei, das ein vernünftiger Mensch auf keinen Fall besuchen sollte. Dieser Eindruck täuscht. Brasilien ist zwar ein Paradies mit Schattenseiten, aber eben doch ein Paradies. Selten habe ich so viele freundliche, hilfsbereite und offene Menschen getroffen wie in Brasilien. Nie ist es mir so leicht gefallen, mich mit Menschen zu verständigen, deren Sprache ich nicht sprach und die meine Sprache nicht verstanden. Nie ist es mir so leicht gemacht worden, zu lernen.

Es hat zwar auch negative Erfahrungen gegeben: das unterentwickelte Gesundheitswesen zum Beispiel; unfreundlicher Service in dem Luxushotel etwa, in das die VARIG mich in Sao Paulo einquartiert hatte, nachdem ich ihretwegen meinen Anschlußflug verpaßt und gestrandet war (dort glaubte noch der rangniederste Hilfskellner, mir demonstrieren zu müssen, daß einer wie ich in so einem piekfeinen Etablissement nichts zu suchen hat); ;n Bra-

silia um ein Haar vom Blitz getroffen; Abzockerei durch Taxifahrer - und durch Banken beim Geldwechsel; die manchmal zum Himmel stinkende soziale Ungerechtigkeit.

Doch erstens kommt das meiste davon in der einen oder anderen, vielleicht nur etwas subtileren Form auch in Deutschland vor, und zweitens hat das viele Gute und Schöne das ich erlebt und kennengelernt habe, bei weitem überwogen. Nicht nur wird meine nächste Reise mich wieder in dieses Land führen - vielleicht läßt es sich in Brasilien sogar besser leben als in Deutschland, all dessen Wohlstand und sozialer Absicherung zum Trotz.

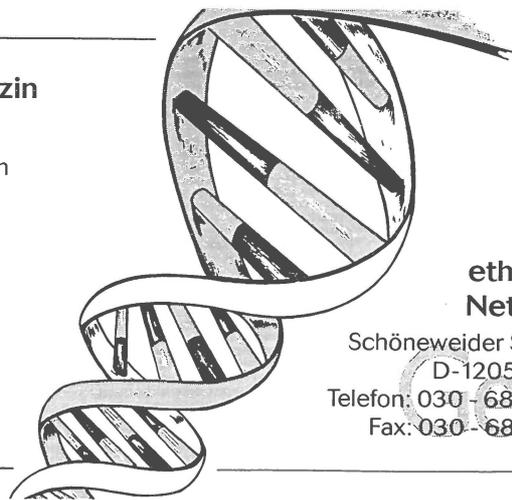
### **Gentechnik in der Medizin – kritisch betrachtet**

Neu: Faltblätter zu den Themen

- Gentherapie
- Gen-Medikamente
- Genomanalyse & Gentests

**aktuelle Entwicklungen –  
Risiken – ethische Fragen**

Bestellen Sie die Faltblattreihe  
„Genmedizin“ (bitte 5 Mark  
in Briefmarken beilegen) bei:



**Gen-  
ethisches  
Netzwerk**

Schöneweider Straße 3  
D-12055 Berlin  
Telefon: 030-685 70 73  
Fax: 030-684 11 83

Christl Trischler

## Ein Schritt ins Fettnäpfchen

Die schöne, gemütliche Apotheke noch ohne Sichtwahl mit wunderschönen alten Schränken, ohne Schnickschnack auf dem HV-Tisch, der Computer dezent im Hintergrund, mit vielen Stammkunden ... mein Traum!!

Alle, die ein Medikament brauchen, erscheinen persönlich bei mir in der Apotheke und lassen sich bereitwillig beraten ... noch ein Traum!!

Die Realität sieht anders aus.

Das Medikament holt die Nachbarin, das Enkelkind die Ehefrau, die Oma usw. Die Infos holt man/frau sich aus den Printmedien und aus dem Fernsehen. Die wenigsten können den Wahrheitsgehalt der dieser Informationen beurteilen.

Ich selber habe meine liebe Not damit die Spreu vom Weizen zu trennen und mich all des Unsinn zu erwehren, den die Pharmaindustrie auf uns losläßt. Ich versuche trotzdem mit allen mir zu Verfügung stehenden Mitteln eine ehrliche, vernünftige und neutrale Beratung in der Selbstmedikation durchzuziehen, auch wenn manche Kollegin oder Kollege, der Großhandel und die Pharmavertreter mich für bescheuert halten. Auch wenn ich zum wiederholten Mal Kundinnen mit einem Ausschnitt aus der YellowPress von

der Unsinnigkeit des beworbenen Produktes überzeugt habe, bleibe ich gelassen und trauere den entschwindenden 50.-DM nicht nach. Das ist keine Dauerlösung! Ich möchte für

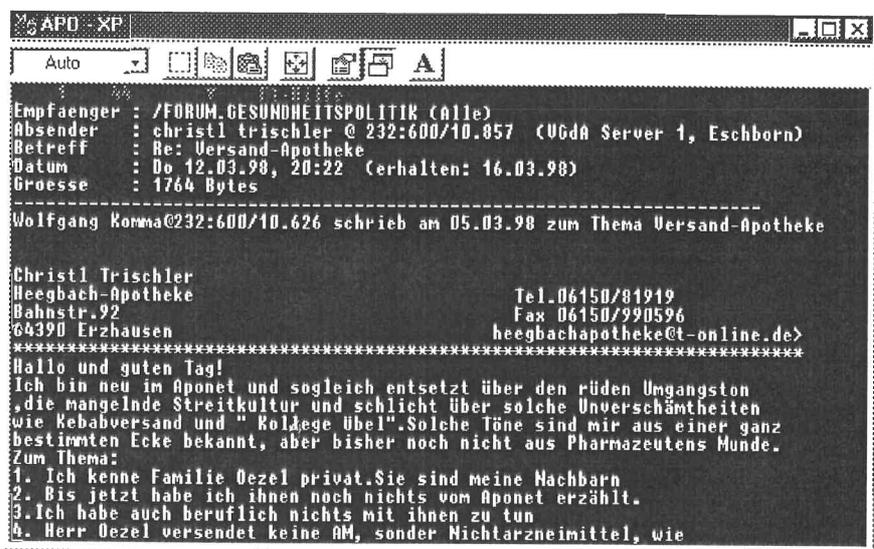
Ich kann mir vorstellen, damit vor allem jüngere Leute zu erreichen, Leute, die sonst nie ihren Fuß in unsere Apotheke setzen würden.

Ich kann mir auch vorstellen dann im Internet auch apothekenübliche Waren anzubieten. Keine Arzneimittel wohlgermerkt!!!

Ich kann mir vorstellen, mit gleichgesinnten ähnlich arbeitenden Apotheken zusammenzuarbeiten

Bei Anfragen zu Arzneimitteln würde ich gleichzeitig mit der Antwort auf die für die Kundin nächst gelegene Apotheke aus diesem Kreis hinweisen.

Ich hätte keine Lust mit mir unbekanntem Apotheken zusammenzuarbeiten



*Apo-Net; Auszug aus einer Bildschirmseite des Kommunikationsmediums für ApothekerInnen vom 18.05.98*

meine ehrliche und neutrale Beratung auch bezahlt werden!

Ich kann mir vorstellen in Zukunft im Internet vertreten zu sein und dort meine Beratung anzubieten gegen eine Vergütung z.B. im Rahmen eines Patientinnenclubs!

beiten, die evtl dann auf Teufel komm raus nur verkaufen wollen und das Internet oder den Versand nur als weitere Möglichkeit zum Geldverdienen ansehen.

Ich gebe zu, der Schritt zum Versand auch von Arzneimitteln ist dann

nicht mehr weit. In ein paar Jahren wird der Versand von AM erlaubt sein, da bin ich mir sicher. Bis dahin müßten Strukturen geschaffen werden, die einen sicheren, kontrollierbaren Versand nur über die Apotheken und eine begleitende pharmazeutische Betreuung ermöglichen! Wenn schon Versand und elektronisches Rezept, dann doch nur mit uns Apotheken und mit sonst niemand.

Kein Zorngebrüll und Wehgeschrei, kein „stoppt den Anfängen“, kein nostalgisches Zurück zur heimeligen Apotheke entbindet uns von der Aufgabe über unsere Zukunft und über die Möglichkeiten, die wir noch haben nachzudenken.

Die Reaktionen auf meine Überlegungen waren zum Teil zustimmend, zum Teil wurde ich als blauäugig, naiv und mehr als dumm bezeichnet (in Aponet). Ich hoffe, daß ich im VDPP eine Diskussion lostrete, die keine Emotionen sondern Argumente für oder gegen hervorbringt.

Erzhausen 15.4.98

*Christe Tüxen*

<sup>1)</sup> siehe die (halb-) öffentliche Diskussion im Apo-Net, Brett „Pharmazeutisches“, ausgelöst durch den Beitrag von Apotheker Ismail Özel, Die Internet-Versand-Apotheke, in: Apo-Online, März/98, München, 1998, S. 12-13.

aus: Apo-Online

## Dokumentation aus: Apo-Online

### Gastkommentar



Apotheker Ismail  
Özel, Erzhausen  
www.apomedia.  
pharmacie.de  
E-Mail:  
apomedia@aol.de

## Die Internet-Versand-Apotheke

Apotheker Ismail Özel aus Erzhausen ist wohl der eifrigste Vorkämpfer für den Versandhandel durch Apotheken in Deutschland. Seine Position ist unter den Kollegen sehr umstritten. Aber schließlich war dies damals auch die Position von Apotheker Joachim Endres, der sich erst durch alle Instanzen durchkämpfen mußte, um überhaupt die Genehmigung für einen Internetauftritt seiner Apotheke zu erhalten. So kann vieles, was heute noch unmöglich erscheint, morgen schon selbstverständlich sein. In diesem Sinne sollte sich jeder Apotheker mit den neuesten Entwicklungen aktiv beschäftigen und sich seine Meinung bilden. Als Denkstoß dient der folgende Gastkommentar von Herrn Özel. Falls Sie uns Ihre Meinung über das Thema mitteilen wollen, schreiben Sie uns (MD-Verlag, Redaktion APO-ONLINE, Schleißheimer Straße 141, 80797 München) oder schicken Sie uns ein Fax (089/30627-111) oder eine E-Mail (md@med-online.de). Und nun viel Spaß beim Lesen! (d. Red.)

Die Internetapotheke ist mittlerweile ein fester Bestandteil des deutschen Internetangebots geworden. Der Weg in eine neue Richtung ist sehr schwer, und an dieser Stelle möchte ich allen Pionieren auf diesem Gebiet einen Dank aussprechen. Sie haben uns allen gegen die offizielle Kurzsichtigkeit und Intoleranz den Weg geebnet. Was bleibt, ist ein weiteres Schreckgespenst: die Versandapotheke. Dabei liegt das Überleben der Apotheker gerade in dieser Vision.

Stellen Sie sich folgendes Szenario vor: Die Arzneimittellieferverträge würden gekündigt. Die noch immer gebeutelten Kassen suchen weitere Einsparmöglichkeiten. Warum Arzneimittel nicht selbst direkt an den Patienten liefern? Die lange zitierte Drohung der Kassen wird dann Wahrheit. Sie werden die Versorgung der chronisch Kranken selbst übernehmen – an den öffentlichen Apotheken vorbei!



Bestellformular unter www.pharmazie.de

Sie werden nun sagen, unser Freund Seehofer hat dies ausdrücklich ausgeschlossen. Nun, dann eine kleine Lektion in Politik: Seehofer sagte, unter ihm als Gesundheitsminister wird das niemals geschehen. Vorher hatte er aber in einem anderen Zusammenhang eine weitere Amtsperiode als Gesundheitsminister definitiv abgelehnt. Seine Partei hat er aber in diese Aussage nie einbezogen. Also bitte, liebe Kollegen: AUFWACHEN!

Es gibt nur eine Möglichkeit, im nächsten Jahrtausend die Apotheke als Arzneimittelliefermonopol zu bewahren:

Unsere jetzige Verhandlungsspitze muß durch richtige Menschen ersetzt werden (Marionetten raus) und die Apotheke muß bis dahin mit den Großhändlern zusammen ein absolut dichtes und optimales Versorgungsnetzwerk für Patienten geschaffen haben. Das ist der einzige Weg, den Apotheken das Überleben zu sichern. So schaffen wir es, wenigstens als Handlanger für die Krankenkassen weiterzubestehen, was unserem aktuellen Stand entspricht. Wir würden die Aufträge der Kassen ausführen und chronisch Kranke per Versand beliefern. Das ist immer noch besser, als ganz aus der Arzneimittelversorgung auszuscheiden.

### Der Sicherheitsaspekt

Sie machen sich immer noch Sorgen über die Sicherheit beim Versand? Wenn hinter dem Wort „Versand“ das Wort „Apotheke“ steht, und es sich auch wirklich um eine Apotheke handelt mit verantwortlichem Apotheker, der den Ausgang der Arzneimittel kontrolliert und protokolliert, gibt es definitiv kein Sicherheitsrisiko. Dann ist die abgebende Stelle immer noch die Apotheke, und die gewünschte Kontrolle ist vorhanden.

Durch den Standpunkt, den zur Zeit fast alle Apotheker vertreten, wird die Apotheke aber aus diesem Verantwortungsbereich aktiv verdrängt. Denn wenn andere Firmen oder Krankenkassen die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung übernehmen, ist das ganz alleine die Schuld derjenigen Apotheker und Vereinigungen, die jetzt mit groß angelegten (Banner-)Werbungen gegen den Arzneimittelversand werben. Ganz vorne mit dabei sind die Organisation APO.DE ([www.apo.de](http://www.apo.de)) und die Apothekerzeitschrift DAZ!

### Die Vorkämpfer

Schaut man sich jedoch im Internet um, findet man mittlerweile einige Apotheken, die mit dem Randsortiment etwas Geld zu machen versuchen. Darunter sind sogar einige, die vormals gegen den Arzneimittelversand waren. Ganz vorne mit dabei sind zum Beispiel die Fortuna-Apotheke in Köln ([www.fortuna-apotheke.de](http://www.fortuna-apotheke.de)), die Pharmacie International ([www.pharmacie.de](http://www.pharmacie.de)), aber auch die Marienapotheke in Dachau ([members.aol.com/marienapo](http://members.aol.com/marienapo)). Das ist nur verständlich und normal, denn die Investition Internet sollte sich so schnell wie möglich rentieren und auszahlen. Bedenken Sie: Ihre Internet-apotheke ist Ihre Filiale im Wohnzimmer des Kunden. Die Internetapotheke ist so auch das erste Glied in der Kette zur Kundenbindung.

Aber Vorsicht! Wie müssen Sie vorgehen, um bei Versandgeschäften kein Bein von Ihren neidischen Kollegen gestellt zu bekommen?

**Regel 1:** Das Versandgeschäft unbedingt dem Regierungspräsidium anzeigen – das genügt schon. Tun Sie das nicht, berufen sich die Kollegen darauf, daß der Versand nicht zu den apothekenüblichen Tätigkeiten gehört. Summa summarum kann Ihnen nicht viel passieren. Sie werden nachträglich gebeten, Ihr Versandgeschäft anzuzeigen und zahlen eventuell ein Bußgeld um die 300 Mark.

**Regel 2:** Als Apotheke dürfen Sie keine apothekenpflichtigen Arzneimittel im Inland versenden. Alles, was unter Freiwahl oder freiverkäufliches Arzneimittel fällt wie Kosmetik, Nahrungsergänzungen, Meßgeräte und Teststreifen, dürfen Sie dagegen anbieten und versenden. Arzneimittel dürfen Sie ins Ausland versenden, müssen die Bestimmungen im Land jedoch kennen, sonst kann es Ihnen passieren, daß Ihre Sendung postwendend zurückkommt. Für weitere Tips und Informationen schauen Sie auf die Website [www.apomedia.pharmacie.de](http://www.apomedia.pharmacie.de). Ihr zuständiges Regierungspräsidium wird Ihnen ebenfalls weitere Auskünfte erteilen.

Udo Puteanus

## Zwischen Bewahren und Verändern

**Neue Anforderungen an den Öffentlichen  
Gesundheitsdienst - Tagung im LÖGD in  
Bielefeld, 26./27. März 1998**

Zwischen Bewahren und Verändern - in diesem Spannungsfeld stehen in Zeiten sozialer Umbrüche nicht nur Apotheken oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen; dies ist auch eine Frage für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Neue Anforderungen stellen sich vor allem in Zeiten knapper Kassen, zunehmenden Gesundheitsanforderungen an die Bürger bei steigender Arbeitslosigkeit und abnehmender Absicherung durch kollektive Sicherungssysteme. Problempunkte genug, um Vertreter von Gesundheitsämtern (Ämterärzte) aus allen deutschen Bundesländern und wissenschaftliche Einrichtungen beim Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) in Bielefeld für 2 Tage (26. und 27. März 1998) zu einer Tagung zusammenzurufen. Wer stellt die neuen Anforderungen, wo kommen sie her, was sind die neuen Aufgaben und was passiert in den öffentlichen Gesundheitsämtern tatsächlich - oder passiert etwa nichts - das waren die Fragen, um die es ging.

**Wer stellt die neuen Anforderungen an den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)?**

*Politiker* natürlich. Denn sie leben davon, Interessen zu bündeln und Mehrheiten dafür zu finden. Steht z.B. die Gesundheitsförderung auf der Tagesordnung und wird von Medien, Bürgern und wichtigen kommunalen Interessenvertretern getragen, dann kommt auch der ÖGD nicht an einem Beitrag zu diesem Thema vorbei. Zur Zeit stehen jedoch in der Praxis nicht unbedingt zukunftsweisende Fragen im Mittelpunkt wie die Gesundheitsförderung. Zentrale Fragen sind eher Stellenabbau, Verwaltungsumstrukturierung und finanzieller Mangel.

*Verwaltung* und Verwaltungszwänge: Hier der Mangel, dort der Mangel, aber auch neue Kreativität. Mangel an finanziellen Ressourcen ist der Hintergrund, vor dem alle Entwicklungen gesehen werden müssen. Da ist es nur zu verständlich, wenn Begriffe, wie „Neue Anforderungen an

den ÖGD“, „Neue Leitbilder“ oder „Neue Steuerungsmodelle“, von den unmittelbar betroffenen Mitarbeitern in den Ämtern gleichgesetzt werden mit Stellenabbau und Verpflichtung zur Mehrarbeit. Kein Beitrag dieser Tagung konnte an diesem Fakt vorbei, und doch gab es Unterschiede.

Kopf hängen lassen oder Kopf hoch und das Beste daraus machen, sicherlich auch eine Frage persönlicher Einsatzfähigkeit und -bereitschaft. Klar bleibt jedoch: der kommunale Öffentliche Gesundheitsdienst wird weiter schrumpfen. Ob er als eine eigenständige Einheit (Gesundheitsamt) innerhalb einer Kommune ganz verschwindet, oder die Aufgaben durch andere Ämter der Kommunen wahrgenommen werden, ist durchaus möglich und inzwischen auch rechtlich absicherbar, wie Wolfgang Müller aus der Akademie für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bei seiner Darstellung der ÖGD-Gesetzgebung in Deutschland nachweisen konnte.

*ÖGD-Gesetze*: Wenn es noch eines Beweises bedurfte, mit der ÖGD-Gesetzgebung in den Ländern wurde eindrucksvoll bewiesen: der Föderalismus in Deutschland lebt und macht auch vor dem Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht halt.

Unter der Nazi-Diktatur wurde mit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (1934) für das Gebiet des Deutschen Reiches erstmals die staatliche Sonderverwaltung „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ (Gesundheitsamt) auf der Ebene der Kommunen geschaffen. Fachaufsicht hatte das zuständige Ministerium, das nach zentralen Vorgaben aus Berlin die Arbeit der Ämter (gerade auch unter Rassegesichtspunkten) bestimmte.

Die Länder übernahmen nach dem Krieg die zentrale Fachaufsicht für ihr jeweiliges Land, aber es dauerte

bis in unsere Tage, bis die Länder eigene Gesetze verabschiedeten. In Nordrhein-Westfalen war es erst Ende 1997 soweit. Einige Länder wie Niedersachsen, Hessen, Saarland und Hamburg arbeiten noch heute auf der Grundlage des Gesetzes von 1934. Entfernt wurden natürlich die rassistischen Elemente.

Vergleicht man die einzelnen Gesetze miteinander, so fällt vor allem die Unterschiedlichkeit auf. Dabei scheint es ziemlich egal zu sein, welche politischen Parteien die Gesetze auf den Weg brachten. So haben die Gesetze NRWs und Sachsen-Anhalts - beide Ende 1997 von rot-grünen Koalitionen verabschie-

die Kommunen Weisungen der obersten Landesgesundheitsbehörde unterworfen sind oder Aufgaben im Rahmen der Selbstverwaltung definieren und durchführen dürfen.

Unterschiedlich sind auch die Gesetze, wenn es darum geht, ob der ÖGD eigene kurative Leistungen an Patienten erbringen darf und damit die Arbeit der übrigen Leistungserbringer tangieren kann. Auch ist unterschiedlich geregelt, welche Aufgaben eine Kommune „outsourcen“ kann und welche unbedingt von staatlichen (hier kommunalen) Stellen selbst durchgeführt werden müssen. In NRW werden der Gestaltung gesundheitsbezogener Dienstleis-

*Bürgerinnen und Bürger:* Was will der Bürger / die Bürgerin von seinem / ihrem Gesundheitsamt? Keiner weiß es so genau, denn Befragungen dazu sind selten. Doch der Bürger / die Bürgerin steht erklärmaßen im Mittelpunkt, darüber sind sich alle einig. Und daß der bürokratische Charakter zugunsten eines Dienstleistungscharakters abgebaut werden muß, ist unumstritten. Aber ob das, was unter „Neuen Anforderungen“ firmiert, genau die Bedürfnisse der Menschen trifft, da sind sich die Experten nicht so richtig sicher.

Auch auf internationaler Ebene gibt es Akteure, die in die kommunale Ebene hineinreichende Programme formulieren und damit Erwartungen wecken. Die inzwischen schon in die Jahre gekommene *Ottawa-Charta* spornte die Kommunen an, Gesundheit für alle in „Gesunde-Städte-Projekten“ bis zum Jahr 2000 voranzutreiben, ein Programm, das in einigen Städten sicherlich positive Ergebnisse mit sich gebracht hat. Doch inzwischen scheint die Luft raus zu sein, Sparzwänge haben die Möglichkeiten der Kommunen sehr stark beeinträchtigt.

Grundsätzlich in allen ÖGD-Gesetzen sich wiederfindende Inhalte/definierte Aufgabenfelder (nach Müller auf der Tagung „Neue Anforderungen an den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ 26./27. März 1998 in Bielefeld)

- Ziele und Aufgabenfelder des ÖGD werden definiert.
- Gesundheitsschutz/Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung (z.B. schulärztliche Einganguntersuchung)
- Gesundheitshilfe (z.B. bei sozialen Randgruppen)
- Gesundheitsaufsicht/Überwachung
- gutachterliche Tätigkeiten

jedoch zum Teil erhebliche Unterschiede in der Regelungsbreite, -tiefe sowie der Schwerpunktsetzung (Beispiele: Gesundheitsberichterstattung, Planung, Koordination).

det - sehr unterschiedliche Inhalte. Allen Gesetzen gemeinsam sind nur wenige, wenn auch sicherlich zentrale Inhalte (siehe Kasten).

So verzichten z. B. die Länder NRW und Sachsen-Anhalt auf den Begriff Gesundheitsamt. Zuständig sind hier „untere Gesundheitsbehörden“, wo immer diese auch innerhalb einer kommunalen Verwaltung eingebunden sind. Beide Länder verzichten auch auf die Bestimmung, daß ein/e Amtsarzt/ärztin die Leitung dieser Stelle innehaben muß.

Unterschiedlich wird auch gehandhabt, ob und in welchen Bereichen

tungen durch die kommunalen Selbstverwaltungsorgane hinsichtlich ihrer Einbindung in die Verwaltung nur noch wenige Grenzen gesetzt.

Bei einer solchen Vielfältigkeit von Gesetzen wird man in Zukunft nicht mehr von dem einheitlichen Öffentlichen Gesundheitsdienst ausgehen können. Aber das muß ja nicht unbedingt negativ sein. Allerdings wäre eine gewisse Übersichtlichkeit über die Herangehensweise der Länder und der Kommunen sicherlich wünschenswert, um auf Vergleiche basierende Verbesserungen der eigenen Situation vornehmen zu können.

Nun hat inzwischen die *Agenda 21* von sich reden gemacht. Ein neuer Stern am Himmel der Ziele und Wünsche. Hier geht es vor allem um die Nachhaltigkeit - nachhaltig wirtschaften und leben, an die Zukunft und die nächsten Generationen denken, Ökologie als Überlebensnotwendigkeit begreifen. Die Agenda 21, geboren aus der großen Umweltkonferenz 1992 in Rio, enthält viele gute Ansätze, die auch an den Öffentlichen Gesundheitsdienst neue Anforderungen (hier v.a. im Bereich Umweltmedizin) stellen, wie Rainer Fehr vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD) in seinen Ausführungen betonte.

## Neue Anforderungen an den ÖGD

Aber was sind das für neue Anforderungen an den Öffentlichen Gesundheitsdienst und wie lassen sich diese in Zeiten knapper Kassen durchsetzen? In einigen Stichworten sollen hier Beispiele genannt werden:

*Bürgerorientierung:* Fest steht, Gesundheit hat einen hohen Stellenwert in der Bevölkerung. Durch die steigende Lebenserwartung verdrängen neue Krankheitsbilder die alten. Bürgerinnen und Bürger möchten zunehmend ihre Gesundheit und den Umgang mit eigener Kraft positiv beeinflussen. Auf diesem boomenden Markt haben sich einige Leistungsanbieter (auch Apotheken) schon eingestellt. Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst soll sich mehr als Dienstleistungsbranche für die Bürgerinnen und Bürger begreifen.

Doch es gibt auch Versorgungslücken - gerade in der Betreuung Obdachloser oder anderer Randgruppen. Hier gilt es die Lücken zu erkennen und Wege aufzuzeigen, wie sie geschlossen werden können.

Versorgungsdefizite können aber auch in anderen Bereichen auftreten. Wenn z.B. Altlasten für eine erhöhte Morbidität verantwortlich sind, müssen diese Zusammenhänge erkannt werden. Hier soll die *Gesundheitsberichterstattung* notwendige Daten und Statistiken liefern. Inzwischen haben einige Kommunen bereits mit der Gesundheitsberichterstattung (GBE) begonnen, auch auf Landesebene hat man sich auf ein einheitliches Vorgehen verständigt. Doch fehlt es derzeit noch an der Umsetzung der Erkenntnisse aus den Zahlen und Fakten. Es sind nicht immer einfache Lösungen, die den Verantwortlichen angeboten werden, und dann wird es schwierig, Mehr-

heiten für Änderungen in der Kommune oder in einem Land zu finden.

Ines Zimmermann vom Institut für Medizin-Soziologie des Universitätskrankenhauses Eppendorf in Hamburg berichtete über Ihre Analyse verschiedener Gesundheitsberichte aus dem Kinder- und Jugendbereich. Sie stellte erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten fest und gab Kriterien an, an denen sich Gesundheitsberichtersteller in Zukunft orientieren sollten.

Wichtig ist schließlich auch eine Kooperation aller Leistungserbringer in einer Kommune. Zu den neuen Anforderungen an den ÖGD gehört daher auch die Übernahme von *Koordinierungsfunktionen*. Inzwischen geben einige ÖGD-Gesetze Anregungen in diese Richtung, so daß es z.B. in NRW schon einige kommunale Gesundheitskonferenzen oder „Runde Tische“ im Rahmen des Modellprojektes „Ortsnahe Koordinierung“ gegeben hat. Das neue ÖGD-Gesetz schreibt diese kommunalen Gesundheitskonferenzen jetzt verpflichtend für alle Kommunen vor.

Nicht zuletzt wird mit den neuen *Steuerungsmodellen* in den Kommunen versucht, die Verwaltung effizienter und mehr bürgernah zu gestalten. Mitarbeiter des ÖGD verbinden mit diesem Schlagwort Stellenkürzungen und Mehrbelastung, Verwaltungsleiter sehen dies natürlich ganz anders. Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus kann ein auf Prinzipien des Total Quality Management (TQM) beruhendes ständig sich verbesserndes System der Leistungserbringung nur funktionieren, wenn Mitarbeiter und Leitung an einem Strang ziehen, wie Rainer Heinz von der kommunalen Geschäftsstelle zur Verwaltungsvereinfachung (KGst) in Köln berichtete. Doch unter den Voraussetzungen des Mangels ist dies bisher eher die Ausnahme. Den wohlklingenden und in

sich schlüssigen Ausführungen des Vortragenden folgten die „ungläubigen“ Zuhörer mit großer Skepsis, so daß sie sich nur schwer von den Idealvorstellungen neuer Steuerungsmodelle überzeugen ließen.

Im Prinzip ist den Amtsleitern (Amtsärzten) durchaus klar, was von ihnen erwartet wird. Doch die Realität wird ganz anders erlebt. So konnte Dr. Grunow-Lutter von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AfÖG) in Düsseldorf mittels einer Befragung der Amtsleiter feststellen, wie sehr die neuen Anforderungen bereits in den Köpfen verankert ist. Kaum ein Amtsarzt / eine Amtsärztin wäre dagegen, wenn sie ihre Arbeit an den neuen Anforderungen ausrichten könnten, doch vor Ort sind Stellenkürzungen und Routineaufgaben der täglichen Arbeit bestimmend.

Fazit: Zwischen den neuen Anforderungen an den ÖGD und den Realitäten vor Ort klafft noch eine große Lücke. Es wird den Mitarbeitern im ÖGD nur schwer zu vermitteln sein, daß sie neue Aufgaben übernehmen sollen, wenn die alten nicht gekürzt und zudem noch Stellen abgebaut werden. Hier müssen sich die politisch Verantwortlichen noch viele Gedanken machen, wie sie die Mitarbeiter von der prinzipiellen Richtigkeit der Theorie überzeugen können. Und es wird darauf ankommen, die Mitarbeiter rechtzeitig einzubeziehen und sie durch eigene Entscheidungsbefugnisse für Projekte zu begeistern. Allein mit der Neufassung von Verwaltungsvorschriften wird der ÖGD den neuen Anforderungen sicherlich nicht ausreichend gerecht werden. Zumindest darüber waren sich die Teilnehmer mit den Vortragenden einig. Es wird spannend sein zu beobachten, wie sich der ÖGD unter den Bedingungen völlig unterschiedlicher Landesgesetze und finanzieller Engpässe - zwischen Bewahren und Verändern - weiterentwickeln wird.

Ein VDDP -  
Wochenende  
der anderen Art

... einfach mal  
ausspannen, klönen/  
ratschen, spazierengehen ...

wo?

in Regina's Tagungshaus in Herold (25 km von Limburg)

wann?

am 26./27. Sept. 98

Wer macht mit?

Pilzwanderung unter professioneller  
Anleitung eingeschlossen.



**Anreise:**

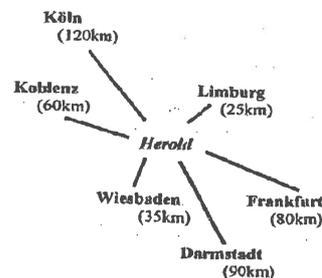
**mit der Bahn**

aus Norden und Süden entweder bis Koblenz oder bis Limburg, von dort bis zum dazwischen liegenden Laurenburg.

(Von hier aus muß ein Abholservice organisiert werden - bitte anrufen und Zugankunft durchgeben)

**mit dem Auto**

aus Norden und Süden die A3 (Köln - Frankfurt) an der Abfahrt Diez verlassen. Nach Diez fahren und dort der Beschilderung nach Katzenelnbogen folgen. In Katzenelnbogen rechts nach Klingelbach, dort links Richtung Kördorf abbiegen und bis Herold fahren. In Herold ist bereits die zweite Straße links die Hauptstraße.



bei Interesse bitte melden bei  
Regina Breitwieser

Hauptstr. 16  
56368 Herold  
Tel. 064 86 - 73 00

oder  
Christl Trischler  
Heegbach Apotheke  
Bahnstr. 92  
64390 Erzhausen  
Tel. 061 50 - 819 19  
Fax 061 50 - 99 05 96

Udo Ament

## Risikoabwehr - halbe Sachen

In den letzten Wochen und Monaten standen mehrere Arzneimittelgruppen wegen Risiken im Brennpunkt der Fachöffentlichkeit. Dazu zählen

- 1) bestimmte H1-Antihistaminika (Terfenadin, Astemizol);
- 2) Substitutionsmittel für Opiat-abhängige (Codein, DHC, Benzodiazepine, v.a. Flunitrazepam);
- 3) Analgetika-Coffein-Kombinationen.

In jedem einzelnen Fall haben die Behörden nicht die Maßnahmen ergriffen, die erforderlich wären, um eine wirksame Risikoabwehr sicherzustellen. Welchen Interessen damit gedient sein soll, sei dahingestellt. Sicher ist jedoch: Der Schutz der Bevölkerung vor Arzneimittelrisiken hat bei den Behörden nicht oberste Priorität.

Terfenadin, Astemizol

Beide Arzneistoffe sind Prodrugs, die erst nach dem First-Pass-Effekt in der Leber in die eigentliche Wirksubstanz überführt werden. Dabei handelt es sich um eine Oxidationsreaktion, die durch ein Enzym des Cytochrom-P450-Systems katalysiert wird.

Bestimmte Arzneistoffe, vor allem Makrolide vom Erythromycin-Typ sowie systemisch wirkende Imidazol-Antimykotika (Ketoconazol, Itraconazol) hemmen dieses Enzym. Dies hat zur Folge, daß bei gleichzeitig angewendetem Terfenadin bzw. Astemizol der First-Pass-Effekt abgeschwächt wird bzw. unterbleibt und die Arzneistoffe unverändert in den großen Kreislauf gelangen können mit möglicherweise fatalen Folgen. Denn beide Arzneistoffe haben im Gegensatz zu den durch Cytochrom-P450 oxydierten Wirkformen die Eigenschaft, daß sie den Herzrhythmus verändern. Im EKG zeigt sich dies als Verlängerung des QT-Intervalls, ein Alarmzeichen für eine drohende lebensgefährliche Tachykardie. Nach der Kombination von Terfenadin bzw. Astemizol mit Cytochrom-P450 hemmenden Stoffen ist es zu mehreren vermeidbaren Todesfällen gekommen (1).

Terfenadin und Astemizol mögen einmal ihren Stellenwert in der Therapie allergischer Erkrankungen gehabt haben, denn bei diesen Stoffen war es erstmals gelungen, die antihistaminische Wirkung von der sedierenden Nebenwirkung zu trennen. Jedoch gibt es heute bessere Stoffe, die antihistaminisch wirken, ohne zu sedieren und die auch keine lebensbedrohlichen Herzarrhythmien mehr erwarten lassen Loratadin

(Lisino TM) oder Cetirizin (Zyrtec TM). Für die riskanteren Stoffe Terfenadin und Astemizol gibt es folglich keine Existenzberechtigung mehr. Sie sind überflüssig.

Nach § 5 AMG ist es verboten, bedenkliche Arzneimittel in Verkehr zu bringen, wobei „bedenklich“ dahingehend definiert wird, daß die Nutzen-Risiko-Abwägung für das in Frage stehende Arzneimittel ungünstig ausfällt. Wenn es nun neuere Arzneistoffe gibt, die eine vergleichbar gute Wirkung haben wie Terfenadin/Astemizol, ohne deren mitunter tödliches Wechselwirkungsverhalten zu zeigen, ist unverständlich, warum die beiden riskanteren Stoffe auf dem Markt belassen werden.

Der Schritt, Terfenadin und Astemizol der Verschreibungspflicht zu unterstellen, reicht bei weitem nicht aus. Im vergangenen Winter hatten wir in der Apotheke aufzupassen wie 1000 Luchse, um Kombinationen von bei Erkältungsmitteln freizügig verordneten Erythromycin-Derivaten mit dem ebenso freizügig verordneten „Balkis-Saft“ der Firma Dolorgiet aufzuspüren. Bei diesem Saft hatte der Hersteller das ursprünglich enthaltene Ephedrin-derivat aus der Rezeptur eliminiert, Terfenadin hineingetan, und über Nacht war der Saft gegen unspezifischen Schnupfen zu einem Saft gegen Heuschnupfen mutiert. Leider hatte die Firma vergessen, sicherzustellen, daß auch wirklich alle Ärzte über die Veränderung informiert waren. Häufig wurden auch die beiden inkompatiblen Mittel von verschiedenen Ärzten rezeptiert: der Saft kam vom Hausarzt, das Antibiotikum vom Kinderarzt.

Nach solchen Erfahrungen wird klar, daß die einzige sinnvolle Maßnahme zur Abwehr dieses Arzneimittelrisikos nur das Verbot von Terfenadin und Astemizol sein kann.

Solange dies nicht geschieht, tickt die Zeitbombe weiter.

Heroin-Substitutionsmittel, v.a. (Dihydro))Codein

Mittel der Wahl für eine Substitutionstherapie Heroinabhängiger ist, da sind sich alle Experten einig, das Methadon. Allerdings besitzt Methadon den „Nachteil“, daß es keinen „kick“, keinen „rush“, keine Euphorie erzeugt. Der mit einer wie auch immer gearteten Entwöhnungstherapie verbundene Zwang, auf das mit der Droge verbundene Glücksgefühl in Zukunft verzichten zu müssen, stellt jedoch neben den quälenden Entzugssymptomen das Haupthindernis für die Abhängigen dar, sich für eine Entwöhnungstherapie motivieren zu lassen. Dazu kommen behördliche Hindernisse, in ein Methadon-Programm aufgenommen zu werden. Die Behörden müssen überzeugt sein, daß die Aufnahme der/des Betroffenen in ein solches Programm erfolgsversprechend ist. Durch dieses Raster fallen alle, die noch nicht in der Lage sind, sich einem Entzugsregime ohne Euphorie zu unterwerfen.

Diesen Kranken kann geholfen werden, wenn es gelingt, durch die kontrollierte Abgabe des Suchtmittels die Dealerszene aus ihrem Leben auszugrenzen, den Zwang zur Beschaffungskriminalität aufzuheben und sie somit zunächst sozial stabilisiert werden. Wichtig ist dabei, daß nicht nur die Abgabe, sondern auch die Anwendung des Substitutionsmittels kontrolliert erfolgt. Bei einer Behandlung mit Codein oder DHC ist dies kaum möglich. Alle drei Stunden wird eine neue Dosis benötigt, und es würde sich kaum jemand bereit finden, sich nachts alle drei Stunden von demselben Süchtigen wachklingeln zu lassen, weil dieser eine neue Dosis braucht. Der Ansatz wäre zum Scheitern verurteilt. Also bleibt nur übrig, dem

Suchtkranken die Ersatzdroge zur wiederholten Anwendung auszuhändigen. Damit jedoch ist eine Kontrolle der Anwendung nicht mehr möglich. Dem Mißbrauch wird Tür und Tor geöffnet. Das DHC wird intravenös gespritzt, auf dem Schwarzmarkt gehandelt und als Notnagel eingesetzt, wenn kein Heroin verfügbar ist. Kritiker argumentieren, daß mit DHC vielfach nicht der Süchtige stabilisiert wird, sondern die Sucht. Insgesamt schadet die breite Anwendung von DHC oder Codein mehr als sie nutzt - einfach deshalb, weil DHC bzw. Codein für einen vom Prinzip her richtigen Therapieansatz die falsche Substanz ist. (2@)

Diese Botschaft scheint inzwischen auch bei Seehofer angekommen zu sein, denn es wurde folgende „Lösung“ des Problems ersonnen: Die Abgabe von Codein/DHC, aber auch von Benzodiazepinen wie Flunitrazepam an Abhängige als Substitutionsmittel muß durch BtM-Rezept dokumentiert werden, nicht jedoch die Abgabe derselben Stoffe an dieselben Personen nach der Diagnose Husten oder Schlafstörung. Wie naiv! Das Problem der unkontrollierten Verbreitung der Substitutionsdrogen in der Szene ist damit freilich immer noch nicht gelöst.

Wenigstens hat die Behörde gezeigt, daß sie willens ist, etwas zu tun, wenn auch das Falsche. Auf die Idee, bessere Substanzen als Codein und DHC zur Drogensubstitution zuzulassen, ist in Bonn bzw. Berlin niemand gekommen. Professor Gastpar, Essen, schlägt Buprenorphin (Temgesic TM) als aussichtsreiches Substitutionsmittel vor, daneben Pentazocin (Fortral TM), und nicht zuletzt hält er auch Heroin selbst für ein besseres Substitutionsmittel als Codein oder DHC (2@). Buprenorphin flutet schnell an, erzeugt Euphorie und wirkt lang. Die Wirkung ist gut steuerbar, und

der/die Abhängige kommt mit zwei Dosen am Tag aus. Somit ist eine Kontrolle der Anwendung möglich. Der DHC-Schwarzmarkt würde von selbst austrocknen. In der Schweiz - früher das Land mit den rigidesten Drogengesetzen, dafür aber mit den meisten Heroinabhängigen und den meisten AIDS-Kranken in Europa - wird Substitutionsbehandlung mit Heroin praktiziert. Die Erfolge, die damit erzielt worden sind, was die soziale Stabilisierung der Abhängigen angeht, lassen sich sehen.

In Deutschland gilt Buprenorphin oder gar Heroin zur Substitution nach wie vor als Teufelswerk. Nicht einmal ein klitzekleiner Modellversuch wird gewagt. Politischer Mut ist leider keine deutsche Tugend.

Analgetika-Coffein-Kombinationen

Die Langzeitanwendung peripher wirkender Analgetika führt - auch in therapeutischer Dosierung - zu Nierenschäden. Nach jahrelangem regelmäßigem Konsum solcher Schmerzmittel tritt häufig das typische Krankheitsbild der „Analgetika-Nephropathie“ auf, einer chronischen entzündlich-degenerativen interstitiellen Nephropathie. Bei 1@ - 15% der 60 000 PatientInnen, die in Deutschland dialysiert werden müssen bzw. eine Transplantatniere haben, war die Analgetika-Nephropathie Ursache für das Nierenversagen. Der kausale Zusammenhang zwischen dem Nierenversagen und dem vorhergegangenen Analgetika-Abusus ist bei den Betroffenen unwiderlegbar nachgewiesen.

Nun ist bekannt, daß das auslösende Agens für die Nephropathie das Analgetikum ist, nicht das Coffein, so daß eine Analgetika-Nephropathie auch von einem Mono-Analgetikum erzeugt werden kann, jedoch haben signifikant mehr PatientInnen mit analgetikainduziertem Nierenversagen coffeinhaltige Mischanalgetika

angewendet als Monopräparate. Mit anderen Worten: Coffeinhaltige Analgetika bergen gegenüber Mono-Analgetika ein signifikant höheres Risiko einer mißbräuchlichen Verwendung in sich. Offensichtlich bringt der Zusatz von Coffein VerbraucherInnen dazu, häufiger zur Tablette zu greifen.

Die Wirkung eines coffeinhaltigen Analgetikums besteht nicht nur in der Schmerzbefreiung, sondern auch in einem Coffein-Genußlebnis; dieses Genußlebnis verführt zur erneuten Anwendung des Analgetikums. Es kommt zu einem Verhaltensstereotyp: Befindlichkeitsstörung - Tablette - Ende der Befindlichkeitsstörung, stattdessen Genußlebnis. Hat sich dieses Stereotyp erst einmal etabliert, fehlt nicht mehr viel, und man kann ohne das Schmerzmittel nicht mehr leben. Es entwickelt sich ein analgetika-induzierter Dauerkopfschmerz, der nur durch immer höhere Dosen des Analgetikums noch gelindert werden kann. Der Kreis schließt sich, eine fortschreitende Nierenschädigung ist nun vorprogrammiert.

Um diese Entwicklung zu verhindern, ist ein Verbot coffeinhaltiger Analgetika nicht erforderlich. Der Zusatz von Coffein kann durchaus auch geeignet sein, die analgetische

Wirkung zu verstärken, etwa beim vasomotorischen Kopfschmerz, und entsprechend hilfreich können solche Mittel in der ärztlichen Therapie sein. Es geht darum, die Zugänglichkeit dieser Mittel zu erschweren, damit es nicht zu einem Vielverbrauch durch unkontrollierte Anwendung kommt. Der Versuch, durch die Markteliminierung von Großpackungen eine Begrenzung der Verbrauchsmengen herbeizuführen, hat sich als untauglich erwiesen. Statt Großpackungen kaufen Abhängige viele Kleinpäckchen; die Großpackungen sind vom Markt, die Analgetika-Nephropathie als pharmakoepidemiologisches Phänomen existiert weiter. Es hat sich vielmehr gezeigt, daß coffeinhaltige Mischanalgetika prinzipiell nicht zur Selbstmedikation geeignet sind. Die Überführung solcher Arzneimittel in die Verschreibungspflicht wäre ausreichend, um die meisten Analgetika-Nephropathien zu verhindern.

Doch was wird getan? Die Überschrift zu diesem Artikel: „Halbe Sachen“ zum Verhalten der Behörden ist in diesem Fall noch viel zu euphemistisch, denn die Behörden tun einfach gar nichts! Frei nach dem Motto, die Dialyseindustrie ist ein volkswirtschaftlicher Faktor, der gefördert werden muß, hat der Sachverständigenausschuß die Verschrei-

bungspflicht abgelehnt, ohne Nephrologen auch nur zu befragen. Ein Skandal, der nicht nur das Reaktionsteam des Arzneimittel-Telegramms mit Wut erfüllt: Dieser überflüssige Ausschuß „sollte abgeschafft werden. Er trägt nicht zur Arzneimittelsicherheit bei, sondern behindert die zuständige Bundesbehörde bei risikomindernden Maßnahmen.“ (3) Dem ist nichts hinzuzufügen, ebensowenig folgender Botschaft an die Apotheken: Wer heute noch coffeinhaltige Analgetika zur Selbstmedikation empfiehlt, ist Teil des Problems. Die Apotheken werden sich daran messen lassen müssen.

### Quellen

- (1) Netzwerk für gegenseitige Information, Berlin
- (2) Prof. Gastpar, Essen; Vortragsreihe „Brennpunkt Sucht“, Interpharm Hamburg, 1997
- (3) Arzneimittel-Telegramm 2/98 (1998), 14

## Dokumentation

1. Für die wenigen (z.B. alle Männer), die nicht an dem ♀-Seminar teilnehmen konnten, aber auch für die, die dagewesen sind, dokumentieren wir das Interview „Brustkrebs und Hormontherapie: was wissen wir wirklich darüber?“ mit Dr. Susan Love das wir der Februar-Ausgabe der Zeitschrift „Balance“ entnommen haben.
2. Da die Redaktion sich immer über die Zurverfügungstellung von Artikeln freut, die von Vereins-Mitgliedern in anderen Publikationsorganen veröffentlicht werden (natürlich auch über noch nicht Veröffentlichtes), drucken wir 2 Artikel von Ingrid Schubert und von Dörte Meyer et al. aus dem Pharma-Brief 1/98 ab.
3. Besonders freuen wir uns natürlich auch, wenn wir offizielle Stellungnahmen des Vereins wiedergeben können. Eine solche zum Thema „8. AMG-Novelle“ wurde im Auftrag des Vorstandes von Jürgen Große verfaßt.
4. Jürgen Große war es auch, der für den VDPP in Zusammenarbeit mit dem VdÄÄ an dem Memorandum „Perspektive Gesundheit - Thesen und Vorschläge zur aktuellen Gesundheitspolitik“ mitgewirkt hat. Die Lektüre dieser Broschüre legen wir hiermit wärmstens ans Herz (Verlag: VAS, Reihe Politik in sozialer und ökologischer Verantwortung, 15,- DM, ISBN 3-88864-251-5). Als kleine Kostprobe drucken wir das letzte Kapitel hieraus ab.

# Interview

## Brustkrebs und Hormontherapie: Was wissen wir wirklich darüber?

Ein Gespräch mit der Chirurgin Dr. Susan Love, stellvertretende Vorsitzende des amerikanischen National Actions Plan for Breast Cancer



Susan Love

INTERVIEW VON BONNIE HARRIGAN, FOTOS VON DOUG FERGUSON

*Susan M Love, MD, ist Autorin, Lehrerin, Chirurgin, Forscherin und eine sehr engagierte Frau. Sie machte ihren Abschluß an der SUNY (State University of New York) Downstate Medical School 1974 mit „cum laude“, absolvierte ihre chirurgische Facharztausbildung am Beth Israel Hospital in Boston, wo sie 1979 erste Assistentin war. 1980 war sie die erste Frau, die als Chirurgin in das Kollegium des Beth Israel Hospital aufgenommen wurde. 1982 wurde Dr. Love Mitarbeiterin der Dana Faber Breast Evaluation Clinic und 1988 gründete sie das Faulkner Breast Center in Boston. Dr. Love ging 1992 an die UCLA (University of California Los Angeles), um dort ein multidisziplinäres Brustkrebsvorsorgeprogramm aufzubauen. Ausgestattet mit einer großzügigen Spende von Revlon, gründete sie 1994 das UCLA/Revlon Breast Center. Nach 20 Jahren in der Patientenbetreuung zog sich Dr. Love 1996 aus der klinischen Praxis zurück, um der Grundlagenforschung mehr Zeit widmen zu können. Derzeit arbeitet sie an einem neuen Ansatz zur Brustkrebsdiagnose über die Milchgänge. Für dieses Projekt hat ihr das US-Verteidigungsministerium \$500.000 zur Verfügung gestellt. Außerdem lehrt sie klinische Chirurgie an der UCLA und hat zwei Bücher verfaßt: „Dr. Susan Love’s Breast Book“ und „Dr. Susan Love’s Hormone Book“. Beide sind ins Deutsche übersetzt und tragen in Deutschland die Titel „Das Brustbuch“ und „Das Hormonbuch“. Dr. Love war an der Gründung der amerikanischen National Breast Cancer Coalition beteiligt, einem Zusammenschluß verschiedener Interessensgruppen, der sich der Verbesserung der Diagnose und Therapie von Brustkrebs widmet. Zur Zeit ist sie stellvertretende Vorsitzende des National Action Plan for Breast Cancer.*

Übersetzung aus der amerikanischen Fachzeitschrift „Alternative Therapies in Health and Medicine“ mit freundlicher Genehmigung des Verlages Innovation, USA. Copyright 1997.

## Interview

**?** Sie sind Chirurgin. Was hat Sie dazu bewogen, sich auf Brustkrebs einerseits und Menopause andererseits zu spezialisieren?

**Susan Love:** Als ich mich für die Chirurgie entschied, gab es sehr wenige Chirurginnen, und natürlich hat man mir nur Patientinnen mit Brustkrebs geschickt. Es war unvorstellbar, daß eine Chirurgin einen Mann operieren sollte. Einen Großteil meiner Zeit als Chirurgin verbrachte ich daher mit Mammaoperationen. Da ich von den Patientinnen häufig zur Menopause befragt wurde, lag es nahe, sich näher damit zu beschäftigen. Und als Mammachirurgin bin ich der Meinung, daß wir die Risiken und Konsequenzen der Hormonbehandlung herunterspielen. Wir müssen diese von verschiedenen Seiten beleuchten.

**?** Welche Ansicht vertreten Sie z. B. zur Mammographie? Sollten Frauen regelmäßig zur Mammographie gehen?

**Love:** Ich bin sehr datenorientiert. Ich ziehe es vor, nur an Dinge zu glauben, die bewiesen wurden. Zur Mammographie bei Frauen unter 50 gibt es keine zuverlässigen Daten. Nein, das ist nicht ganz richtig. Wir haben zuverlässige Daten, die zeigen, daß die Mammographie für Frauen unter 50 keinen Vorteil bringt. Bei Frauen dieses Alters ändert sie nichts an der Sterblichkeitsrate bei Brustkrebs.

Dafür gibt es eine Reihe von Gründen. Das Brustgewebe ist bei jungen Frauen dichter, und die Suche nach einem Tumor ist bei ihnen wie die Suche nach einem Eisbären im Schnee. Man kann den Tumor nicht erkennen. Zweitens kommt Brustkrebs bei jungen Frauen seltener vor, und die Zahl der Frauen, die geröntgt werden müssen, um den Tumor zu finden, ist viel größer. Und drittens, je jünger eine Frau ist, desto risikoreicher ist die Röntgenbestrahlung und desto höher die Zahl der Tumorerkrankungen, die dadurch wahrscheinlich hervorgerufen werden. Nimmt man alle Faktoren zusammen, so ist die Wahrscheinlichkeit eines positiven Effekts sehr gering.

Bei Frauen über 50 hingegen können wir die Heilungsquote um 30% verbessern, aber auch nicht mehr. Wieder einmal wurde zu viel versprochen. So wird z. B. behauptet „Die Mammographie kann 85% der Tumore erkennen“. Das ist auch richtig. Es gibt Tumore, die

sind so groß wie eine Grapefruit, und die Mammographie kann sie erkennen. Man sagt „Die Mammographie kann Krebs frühzeitig erkennen“. Auch das ist wahr. Dies gelingt nicht immer, aber es ist möglich. Dann wird noch behauptet „Krebs im Frühstadium ist zu 95% heilbar“. Und auch das stimmt. Wenn man diese Aussagen aneinanderreicht, klingt das so: „Die Mammographie kann 85% der Tumore erkennen, in einem Stadium, in dem sie zu 95% heilbar sind.“ Und das stimmt keineswegs. Die Aussage „Wir können 30% der Tumore erkennen, wenn sie noch heilbar sind“, kommt der Wahrheit näher.

Es gibt verschiedene Tumorarten. Es gibt Tumore, die sind so aggressiv, daß es keine Rolle spielt, wann sie diagnostiziert werden. Man kann nichts gegen sie tun. Ein weiteres Drittel ist so gutartig, daß sie ohnehin nie irgend etwas angerichtet hätten. Und dann gibt es eine mittlere Gruppe, bei der man vielleicht etwas bewirken kann. Die Mammographie eignet sich am besten zum Auffinden der gutartigen Tumore, die ohnehin nie etwas angerichtet hätten.

**?** Ein gutartiger Tumor ist ein Tumor, der existiert, aber nie metastasiert?

**Love:** Richtig. Es ist wie mit einem Wachmann, der das Haus alle zwei Stunden kontrolliert. Wenn es einem Einbrecher gelingt, innerhalb von 30 Minuten ins Haus hinein und wieder heraus zu kommen, würde der Wachmann ihn nicht entdecken. Aber ein langsamer Einbrecher, der 4 Stunden benötigt, würde wahrscheinlich von dem Wachmann aufgespürt werden.

**„ Die Mammographie ist wie ein Wachmann. Der Tumor, der am besten aufgespürt wird, ist der, der ohnehin nie etwas anrichten würde.**

Dr. Susan Love

Die Mammographie ist wie ein Wachmann. Der Tumor, der am besten aufgespürt wird, ist der langsam wachsende, der ohnehin nie etwas anrichten würde.

Die Mammographie gibt uns also ein falsches Gefühl der Sicherheit. Wir stellen den Wachstumsprozeß so dar, als ob sich der Tumor schön gleichmäßig von der Größe einer Erbse zur Bohne, Walnuß, Zitrone und schließlich zur Größe einer Grapefruit entwickeln würde. Aber so ist es in keinsten Weise. Einige

Tumore treten gleich in der Größe einer Grapefruit auf, ohne daß sie jemals die Größe einer Erbse hatten. Andere wachsen. Wieder andere bleiben immer so groß wie eine Erbse.

Dahinter steckt eine Kombination aus Wunschen – wir wünschen uns, die Mammographie würde besser funktionieren – und unserem ungebrochenen Wunsch, daß es logischerweise funktionieren möge. Nach einer Weile glauben wir, daß es wahr ist. Ich glaube auch, daß wir über die Bildgebung hinaus gehen müssen. Ich glaube, daß wir die bildgebenden Verfahren – egal ob Mammographie, MRI, Positronenemissionstomographie, Ultraschall – so weit genutzt haben, wie wir können. Was wir wirklich brauchen, ist ein Bluttest oder etwas, das den Krebs zu einem viel, viel früheren Zeitpunkt erkennen kann.

Die meisten Tumore existieren zum Zeitpunkt der Diagnose durch die Mammographie bereits 8 bis 10 Jahre. Wir sollten den Tumor aber schon im 1. oder 2. Jahr finden können.

**?** Ist es das, woran Sie arbeiten?

**Love:** Viele Leute arbeiten daran. Ich versuche, einen Weg zu finden, wie man die Milchgänge der Brust zur Diagnose nutzen kann. Auch ein Bluttest wie der für Prostatakrebs wäre wünschenswert. Was dabei herauskommt, weiß ich nicht. Jetzt werden aber auch bei 40- bis 50jährigen Mammographien durchgeführt. Das dafür aufgewendete Geld sollte besser für die Suche nach einer wirklich funktionierenden Methode eingesetzt werden statt für eine Methode, von der man weiß, daß sie nicht funktioniert.

**?** Wer sagt eigentlich, daß die Ärzteschaft diese Methode anwenden soll, obwohl bekannt ist, daß sie nicht funktioniert?

**Love:** Es geht dabei um finanzielle Interessen. Das American College of Radiologists hat am lautesten gefordert, daß bei Frauen zwischen 40 und 50 Mammographien durchgeführt werden. Das überrascht nicht, schließlich sind sie diejenigen, die davon finanziell profitieren.

Eine Konsensuskonferenz, die alle Daten überprüfen sollte, kam zu dem Ergebnis, daß sie keine allgemeine Empfehlung für die Mammographie bei unter 50jährigen geben könne. Aber der Vorsitzende des National Cancer Insti-

tute stimmte dem nicht zu. Dann verabschiedete der amerikanische Kongreß ein Gesetz, das besagt „Wir sollten Mammographien bei unter 50jährigen durchführen. Wie kann man einer Frau ihr von Gott gegebenes Recht auf eine Röntgenaufnahme nehmen?“ Anschließend wurde die Angelegenheit an ein weiteres Gremium weitergereicht, das zu dem Schluß kam, daß es richtig sei, die Mammographie für Frauen ab 40 zu empfehlen.

Genau das ist passiert. Jetzt heißt es, die Frauen würden dies fordern. Aber das ist Unsinn. Die National Breast Cancer Coalition war gegen Mammographien bei Frauen zwischen 40 und 50. Auch wenn man der Wissenschaft positiv gegenübersteht, sollte sie nicht nur um ihrer selbst willen betrieben werden. Der Kongreß ist da anderer Meinung. Er fragt: „Wem schadet die Mammographie?“ Nun, das Problem liegt darin, daß Leute geröntgt werden, denen es nichts bringt, Geld an einer Stelle ausgegeben wird, an der es nicht den optimalen Nutzen bringt und daß man Leute in dem Glauben läßt, sicher zu sein, wenn sie zur Mammographie gehen.

**?** *Wie schneiden Mammographien im Vergleich zur Selbstuntersuchung ab?*

**Love:** Die Selbstuntersuchung funktioniert auch nicht. Es gibt gute Studien, die zeigen, daß eine Selbstuntersuchung der Brust nicht zu einer Verbesserung der Überlebensrate führt. Dies ist wieder eine Hoffnung, die wir ungern aufgeben. Wir wünschen, es würde funktionieren, und glauben, es wird schon funktionieren. Doch zu dem Zeitpunkt, zu dem ein Knoten spürbar ist, gibt es ihn schon seit 8 bis 10 Jahren. Ob man ihn also in diesem Monat oder im nächsten entdeckt, spielt keine Rolle. Die meisten Frauen entdecken ihren Tumor selbst, aber nicht aufgrund der Selbstuntersuchung der Brust. Sie entdecken ihn unter der Dusche, oder wenn sie sich im Bett umdrehen, oder der Partner entdeckt ihn.

Die Selbstuntersuchung der Brust wurde von Cushman Haggenson in New York postuliert zu einer Zeit, als die meisten Frauen mit Tumoren im weit fortgeschrittenen Stadium zum Arzt kamen. Seine Theorie war, daß sie sich nicht mit ihrem Körper befaßten, ihn nicht berührten. Aber es gibt noch eine andere Erklärung: Zu dieser Zeit gab es kaum eine Heilung für Brust-

krebs und die Behandlung bestand in einer radikalen Mastektomie. Wenn Sie einen Knoten entdeckten, würden Sie sofort zum Arzt eilen, um sich einer radikalen Mastektomie zu unterziehen, die ohnehin keine Heilung bringt? Sicher nicht. Sie würden wahrscheinlich erst dann einen Arzt aufsuchen, wenn der Tumor so groß, ulzeriert und blutig ist, daß er Ihnen Beschwerden bereitet, mit denen Sie nicht mehr leben können. Ich glaube daher nicht, daß es daran lag, daß sich die Frauen nicht mit ihrem Körper befaßten, sondern, weil sie schreckliche Angst hatten.

Und wieder wird Geld aus dem Fenster hinausgeworfen, und es stellt sich erneut die Frage „Was schadet es?“ Nun, das Problem liegt darin, daß man die Frauen von ihrem Körper entfremdet. Kaum eine Frau untersucht ihre Brüste, und jetzt fühlen sich alle schuldig, weil sie es nicht tun. Anstatt zu sagen „Wir wissen nicht, wie man Brustkrebs behandelt,“ sagen wir jetzt „Es ist ihre eigene Schuld, weil sie keine Selbstuntersuchung der Brust durchführen.“ Und dies lenkt uns von unserer Suche nach einer wirklich funktionierenden Therapie ab.

**?** *Was würden Sie einer 50jährigen Frau raten?*

**Love:** Für 50jährige Frauen lohnt es sich, jährlich zur Mammographie zu gehen. Das ist erwiesen. Eine Selbstuntersuchung der Brust hingegen bringt meiner Meinung nach nicht viel. Wir sollten unseren Körper kennen. Wenn eine Frau einen Knoten fühlt oder etwas, das nicht so ist, wie es sein soll, sollte sie sichergehen, daß eine Biopsie vorgenommen wird, egal, was der Arzt sagt, da man ein anderes Empfinden für den eigenen Körper hat als eine außenstehende Person. Für 40jährige Frauen ist es schwieriger. Es kann sich lohnen, eine Basismammographie durchführen zu lassen. Ist das Brustgewebe sehr dicht, dann lohnt es sich wahrscheinlich nicht, da der Strahlenbelastung kein Nutzen gegenüber steht. Ist es nicht sehr dicht, dann kann die Mammographie von Vorteil sein.

**?** *Und was würden Sie einer Frau raten, die einen Knoten in ihrer Brust entdeckt?*

**Love:** Das erste Gebot für eine Frau, die entdeckt, daß sie Brustkrebs hat, ist, nichts zu überstürzen. Dies ist kein Notfall. Ich empfehle ihr, tief durchzuat-

men, um über den Schock hinwegzukommen. Eine häufige Reaktion ist „Nehmt mir meine Brüste ab, damit ich weiterleben kann wie bisher“. Aber man kann nie so weiterleben wie bisher. Es kann besser werden oder schlechter, aber es geht nie so weiter wie bisher. Und auch eine Brustamputation wird daran nichts ändern. Leider ist es häufig so, daß ein Arzt sagt „Ich könnte Sie gleich morgen früh operieren“, und schon ist es geschehen. Was also wirklich wichtig ist: über den Schock hinwegkommen und anfangen, sich zu informieren. Lesen, eine zweite und dritte Meinung einholen, mit anderen Frauen sprechen, sich über die Krankheit informieren – das hilft, unter den verschiedenen Möglichkeiten den eigenen Weg zu finden. Auf keinen Fall sollten man etwas überstürzen.

Dann sollte man einen Arzt finden, mit dem man zusammenarbeiten kann. Wir erforschen gerade, ob es besser ist, vor der Operation eine Chemotherapie durchzuführen oder erst danach. Ich glaube, man sollte zuerst den Tumor verkleinern. Es ist besser, zuerst den Großteil der Krebszellen zu vernichten, denn jede Therapie – egal, ob man die konventionelle Medizin oder alternative bzw. komplementäre Heilmethoden anwendet – funktioniert besser, wenn weniger Krebszellen zu bekämpfen sind.

**?** *Ist die Chemotherapie zur Zeit die Methode der Wahl, um Tumore zu verkleinern?*

**Love:** Wieder ist es so, daß ein Großteil davon Wunschdenken und Überbewertung ist. Bei einem großen Teil der Tumorerkrankungen der Brust metastasieren die Krebszellen bereits zum Zeitpunkt der Diagnose. Eine Brustamputation kann also nicht die Lösung sein. Man könnte sie mit dem Zuschlagen der Stalltür vergleichen, wenn das Pferd schon draußen auf dem Feld herumgaloppiert. Es ist einfach zu spät. Bei der Chemotherapie bzw. Hormontherapie werden Medikamente gegeben, die im Blutstrom zirkulieren, die existierenden Krebszellen erreichen und sie theoretisch unschädlich machen können. Doch leider können wir nicht mit Sicherheit sagen, daß es überhaupt irgendwo anders Krebszellen gibt. Wir gehen immer von dem aus, was am wahrscheinlichsten ist.

Dazu benutzen wir verschiedene Methoden, z.B. die Untersuchung der Lymphknoten. 40% der Frauen mit

## Interview

positivem Lymphknotenbefund haben keine weiteren Krebszellen, was aber bei 30% der Frauen mit einem negativen Lymphknotenbefund der Fall ist. Die Untersuchung der Lymphknoten ist also wenig hilfreich. Ein anderer Maßstab ist die Größe des Tumors. Wie aggressiv sieht er unter dem Mikroskop aus? Kann man Krebszellen in einem Blutgefäß erkennen? Alle diese Methoden liefern Anhaltspunkte, aber keine ist wirklich verlässlich. Daher setzen wir die Chemotherapie ein, wenn wir der Meinung sind, daß der Tumor vermutlich Metastasen gebildet hat. So verbessern wir die Heilungsrate um etwa ein Drittel, d.h., wenn eine Patientin mit 30%iger Wahrscheinlichkeit sterben würde, würde die Chemotherapie das Risiko um 10% reduzieren. Wenn das Sterblichkeitsrisiko 9% beträgt, so wird es um 3% reduziert. Tamoxifen zitat ist sogar noch weniger wirksam. Tamoxifen zitat verbessert die Heilungsrate um insgesamt 3-5 %.

Von zehn Frauen mit Brustkrebs werden sieben allein durch die Operation geheilt oder durch die Operation in Kombination mit Bestrahlung, drei sterben. Behandelt man diese drei mit Chemotherapie, so kann man eine Patientin retten. Das Problem hierbei ist, daß wir alle Patientinnen chemotherapeutisch behandeln, weil wir nicht wissen, welcher Tumor wie reagiert. Das bedeutet, daß wir neun Patientinnen behandeln, ohne daß sie von der Behandlung profitieren; statt dessen leiden sie vielleicht an den möglichen Langzeitwirkungen. Eines der Gebiete, auf dem zur Zeit gearbeitet wird, ist eine verbesserte Prognostik. Aber wir tendieren dazu, jeden überzubehandeln, weil wir natürlich für die chemotherapeutische Behandlung bezahlt werden.

**?** Welche Daten gibt es zu Geist-Körper-Therapien bei Krebs?

**Love:** Die bekannteste Studie stammt von David Spiegel aus Stanford. Er wählte Frauen mit metastasierendem Brustkrebs und teilte sie nach dem Zufallsprinzip in Gruppen auf, die entweder eine Unterstützung oder keine Unterstützung erhielten. Die Frauen, die Unterstützung erhielten, lebten 18 Monate länger als die Frauen, die keine Unterstützung erhielten. Fawzy et al. führten eine Studie zu Melanomen durch. Sie teilten Patienten, bei denen ein Melanom diagnostiziert worden war, in Gruppen auf. Eine Gruppe nahm an einem sechswöchigen Kurs über

Stressbewältigung und Visualisierung teil, die andere nicht. Fünf Jahre später gab es einen Unterschied in der Überlebensrate zwischen den beiden Gruppen.

Es gibt auch Daten zur Wirkung von Gebeten. Ich sprach mit einem Wissenschaftler in San Francisco, der gerade eine Studie mit AIDS-Patienten beendet hatte. Die Patienten wurden nach dem Zufallsprinzip aufgeteilt, und 10 Heiler beteten für die Hälfte der Patienten. Die Patienten, für die gebetet wurde, wußten dies nicht. Dennoch gab es einen signifikanten Unterschied in ihrer Überlebens- und Heilungsrate. Ich glaube daher, daß wir in Zukunft mehr und mehr wissenschaftliche Daten haben werden, die die Wirksamkeit von Körper-Geist-Behandlung, Visualisierung und Gebet belegen werden.

Ich glaube, die Zahl guter Studien wird zunehmen. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Tatsache, daß bisher – sowohl in der konventionellen als auch in der alternativen Medizin – eher darauf verzichtet wurde, die notwendigen Studien durchzuführen.

So steht z.B. der Beweis noch aus, daß eine Knochenmarkstransplantation bei Brustkrebs etwas bringt. Diese Studie ist noch nicht durchgeführt worden, und es gibt genügend Hinweise darauf, daß es nicht funktioniert. Aber warum wird diese Studie nicht durchgeführt? Zum einen, weil die Durchführung von Studien schwierig und mit Kosten verbunden ist. Zum anderen, weil mit Knochenmarkstransplantationen Geld verdient wird. Führt man die Studie nämlich durch und stellt fest, daß die Behandlung nicht funktioniert, kann man den Traum nicht mehr verkaufen.

Dies gilt auch für alternative Behandlungsmethoden. Es gibt auch Anwender alternativer Heilmethoden, die sagen „Wir können die Studien nicht durchführen, weil uns die FDA nicht läßt“, aber viel Geld damit verdienen. Und wieder ist es so, daß man, wenn man eine Studie macht, den Traum nicht länger verkaufen kann.

Wenn wir irgend etwas bewegen wollen, müssen wir herausfinden, was funktioniert. Die Wirksamkeit eines Drittels der Behandlungsmethoden, die in der konventionellen Medizin angewandt werden, wurde nie nachgewiesen. Trotzdem wenden wir sie an. Ich finde, wir sollten herausfinden, was funktioniert, verwerfen, was nicht funktioniert, und jede Methode und jeden Anwender am selben Standard messen.

**?** Wie sind Sie eigentlich vom Brustkrebs zur Menopause gekommen?

**Love:** Nun, ich bin 49 und bin mitten in der Menopause. Ich bin sehr besorgt, was die medikamentöse Behandlung der Menopause betrifft. Die Menopause hat sich von einem normalen Lebensabschnitt zu einer Krankheit gewandelt, die behandelt werden muß. Die Menopause wird auch „Östrogenmangelkrankheit“ genannt; aber wenn Östrogenmangel eine Krankheit ist, dann lei-

„ Schon die Bezeichnung „hormone replacement therapy“, also Hormonersatzbehandlung, impliziert, daß man etwas ersetzt das fehlt. Aber das Fehlen des Östrogens in diesem Lebensabschnitt ist normal.

Dr. Susan Love

den alle Männer daran. Schon die Bezeichnung „hormone replacement therapy“, also Hormonersatzbehandlung, impliziert, daß man etwas ersetzt, das fehlt. Aber das Fehlen des Östrogens in diesem Lebensabschnitt ist normal. Der weibliche Körper ist nicht dafür gedacht, lebenslang hohe Östrogenspiegel zu haben.

Es ist verrückt. Wir sagen gewissermaßen, daß Frauen vor der Menopause normal und Frauen nach der Menopause krank sind. Tatsächlich ist das Modell für die Erforschung der Menopause die Sterilisation. Wir nehmen Frauen, denen die Eierstöcke entfernt wurden, als Modell und nehmen an, daß dieses Modell der natürlichen Menopause entspricht. Dann wird die Theorie aufgestellt, daß die Eierstöcke immer weniger Hormone produzieren und die Östrogenproduktion schließlich so gering ist, daß die Menstruation ausbleibt. Dann treten die typischen Östrogenmangelsymptome auf. Theoretisch halten sie ein Leben lang an, da die Östrogenspiegel ja nicht wieder steigen. Daraus folgern wir, daß wir genauso die Eierstöcke einer Frau entfernen, weil sie ja nicht mehr arbeiten, und sie durch Östrogengaben ersetzen können, zumal sich ja vermutlich ohnehin ein Ovarialkarzinom entwickeln würde.

Doch beide Annahmen sind falsch. Die neueren Daten zeigen, daß die Eierstöcke weiter Hormone produzieren, allerdings auf einem niedrigeren Niveau. Die Einnahme von konjugiertem Östrogen ersetzt also nicht die Arbeit der Ei-

erstöcke, und dies ist der Grund, warum Frauen, die früh eine Hysterektomie haben, trotz Therapie mit konjugierten Östrogenen häufiger unter Osteoporose und Herzerkrankungen leiden als Frauen, die eine natürliche Menopause durchlaufen.

Ein Medikament kann die Arbeit der Eierstöcke nicht ersetzen. Tatsächlich stellt sich langsam heraus, daß die Symptome der Menopause das Ergebnis von Hormonschwankungen sind und nicht auf einen niedrigen Östrogenspiegel zurückzuführen sind. Die Hälfte der Symptome rühren von einem hohen Östrogenspiegel her wie z. B. aufgedunsenes Aussehen, druckempfindliche Brüste, starke Blutungen, Akne. Symptome wie Hitzewallungen und Trockenheit der Vagina resultieren aus einem niedrigen Östrogenspiegel. Es ist die Umkehrung der Pubertät. In der Pubertät steigern die Eierstöcke die Produktion – das klappt nicht auf Anhieb, und die Hormonspiegel pendeln zwischen hoch, niedrig, hoch, niedrig, so daß es zu Stimmungsschwankungen, Akne und so weiter kommt. In der Menopause stellen die Eierstöcke langsam die Produktion ein. Es kann zu einem Zyklus kommen, bei dem der Östrogenspiegel zunächst niedrig ist und dann rasch ansteigt. Es kommt zu einer Überkompensation, zum Eisprung und dann zu starken Blutungen. Der Zyklus beginnt also mit Hitzewallungen und endet mit einem Östrogenhoch. Aber das ist normal. Und wie in der Pubertät gehen die Symptome vorüber. Sie sind nur ein paar Jahre spürbar.

**?** Was empfehlen Sie während der Phase der ausgeprägten Symptomatik?

**Love:** Es gibt zahlreiche Dinge, mit denen sich eine Frau über den Berg hinweg helfen kann: Sport, eine Diät mit z. B. viel Soja und Leinsamen, pflanzliche Mittel und Medikamente. Aber was auch immer man wählt, es ist nicht für immer und ewig. Nach maximal drei bis fünf Jahren kann man die Behandlung langsam ausklingen lassen.

Die andere Frage ist: Wie steht es mit der Prävention? Und die aktuelle Standardantwort – ich liebe diesen Spruch – darauf ist „Wir waren nicht dafür bestimmt, so lange zu leben“. Dahinter steckt die Vorstellung, daß wir irgendwie nur so lange leben sollten, wie wir uns fortpflanzen können, um danach tot umzufallen. Die Vertreter dieses Gedankens gehen von einem Durch-

schnittsalter im 17. Jahrhundert von 35 Jahren aus. Sie meinen, daß die moderne Medizin das Leben so sehr verlängert hat, daß wir Frauen mit Hormonen unterstützen müssen. In Wahrheit aber haben wir die Gesamtlebensdauer, die uns zur Verfügung steht, um nicht mehr als ein paar Monate verlängert. Wir haben nur die durchschnittliche Lebenserwartung verändert.

Die durchschnittliche Lebenserwartung im 17. Jahrhundert lag bei 35 Jahren. Das bedeutet nicht, daß die Leute mit 35 Jahren starben. Es bedeutet, daß man, wenn man zuerst addiert und dann teilt, auf die Zahl 35 kommt. Ein Großteil der damaligen Bevölkerung starb in der Kindheit. Wenn man die Kindheit überlebte und besonders wenn man als Frau über das gebärfähige Alter hinaus überlebte, konnte man gut 70 oder 80 Jahre alt werden. Der Unterschied liegt darin, daß es heute mehr Menschen gibt und daß die durchschnittliche Lebenserwartung gestiegen ist, weil die Zahl der Todesfälle in der Kindheit extrem niedrig ist. Es ist nicht so, daß wir unsere Lebenserwartung künstlich verlängert hätten. Die Menschen sind schon immer 70 oder 80 geworden.

Die Vorstellung, daß unsere Körper nicht für eine solche Lebensdauer gedacht sind, ist Unsinn. Die Vorstellung, daß wir Medikamente zur Prävention nehmen müssen, ist falsch. Und die Theorie, daß Osteoporose und koronare Herzkrankheit Krankheiten der Menopause sind, ist verrückt. Sie sind Alterskrankheiten. Das Östrogen mag dabei eine Rolle spielen, aber bei Osteoporose und KHK handelt es sich nicht um Erkrankungen der Menopause. Die Inzidenz der koronaren Herzkrankheit nimmt tatsächlich nach der Menopause nicht zu. Die KHK kommt nur genauso häufig vor wie zuvor. Und nicht bei jeder Frau kommt es in der Menopause zum Knochenabbau. Dies ist bei etwa einem Drittel der Frauen der Fall. Es gibt eine zweite Phase des Knochenabbaus ab 70 Jahren, und diese ist wahrscheinlich signifikanter. Eine Hüftfraktur tritt durchschnittlich im Alter von 80 Jahren auf. Der erste Herzinfarkt durchschnittlich im Alter von 76 Jahren. Das Durchschnittsalter bei Brustkrebs liegt bei 64. Man nimmt also Brustkrebs mit 64 in Kauf, um einer Fraktur mit 80 vorzubeugen.

**?** Indem man Hormone nimmt?

**Love:** Ja. Die Vorstellung, daß wir alle Hormone nehmen müssen, ist verrückt.

Sie läßt alle anderen Dinge, die wir tun sollten, außer acht. Wenn man das Rauchen aufgibt, sich vernünftig ernährt, sich regelmäßig bewegt, kann man ohne jedes Risiko 90% aller Herzerkrankungen verhindern.

Es ist kein Zufall, daß gerade jetzt, da die Generation der „Baby Boomer“ 50 wird, plötzlich sehr stark die Einnahme von Medikamenten propagiert wird, die 30 Jahre fehlende Prävention ausgleichen sollen. Das AMA (American Medical Association) Buch zur Gesundheit der Frau besagt, daß „eine Frau ein größeres Risiko trägt, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben als an Brustkrebs, und daß sie daher Hormone nehmen sollte“. Das stimmt. Eine von drei Frauen stirbt an einer KHK, und nur eine von acht Frauen bekommt Brustkrebs. Doch die meisten Todesfälle durch KHK ereignen sich bei Frauen jenseits der 80. Unter 76 Jahren überwiegen aber die Todesfälle durch Brustkrebs im Vergleich zur KHK. Nimmt man einmal die Raucherinnen aus (KHK in jungen Jahren betreffen überwiegend Raucher), so sind Todesfälle durch Brustkrebs dreimal so häufig wie Todesfälle durch koronare Herzkrankheit.

Einige der Verfechter der Hormontherapie sagen „Das Problem bei tödlich endender KHK ist, daß das erste Symptom bei einem Drittel dieser Frauen der plötzliche Herztod ist.“ Nun, bei Frauen um die 80 bin ich mir nicht sicher, ob wir das überhaupt verhindern wollen. Mit 80 tot umzufallen, scheint mir im Vergleich zu einigen der Alternativen nicht der schlechteste Tod zu sein.

**?** Wie steht es mit natürlichen Hormonen?

**Love:** Es gibt Leute, die mir in allen Punkten zustimmen werden und dann sagen „Ja, aber wenn man natürliche Hormone nimmt, ist das in Ordnung.“ Genaugenommen gibt es zwei Definitionen von „natürlich“. Einmal bedeutet natürlich „nicht im Labor hergestellt“. In diesem Fall könnte man argumentieren, daß konjugiertes Östrogen natürlich ist, weil es aus dem Urin trächtiger Stuten gewonnen wird. Natürlich ist es Östrogen vom Pferd und nicht menschliches Östrogen, aber darauf werden wir jetzt im Detail nicht eingehen. Zum anderen benutzen wir „natürlich“ im Sinne von „wie ein Hormon, das der eigene Körper produziert“. In diesem Fall ist Progesteron natürlicher als

## Interview

Medroxyprogesteronacetat. Progesteron wird aber zum Zeitpunkt des Eisprungs produziert, und es ist nicht natürlich, daß Frauen nach der Menopause Progesteron im Körper haben.

Wir benutzen das Wort „natürlich“ und glauben, damit sei alles in Ordnung. Östriol ist schwächer als Östradiol und Östron, und es wird behauptet, daß es keinen Brustkrebs verursacht. Aber diese Daten sind mit Vorsicht zu genießen. Sie basieren auf ein paar Studien an Ratten aus den 50er Jahren, die nicht reproduziert wurden. Für die Behandlung der Scheidentrockenheit ist Östriol sicher eine gute Wahl, da es nicht so stark ist. Die elementare Frage, die sich Frauen stellen sollten, ist daher „Will ich Medikamente zur Vorbeugung nehmen?“ gefolgt von „Welche Medikamente will ich nehmen?“ Vielleicht stellen sie fest, daß sie „natürliche“ Medikamente den unnatürlichen vorziehen, aber alle sind sie Medikamente. Keines ist wirklich natürlich. Natürlich wäre es, nach der Menopause keine Medikamente zu nehmen.

**?** Erhöhen diese Medikamente das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken?

**Love:** Ja, sie erhöhen das Brustkrebsrisiko. Wir unterschätzen das Risiko vermutlich, da die meisten dieser Daten – wie auch die Daten zur koronaren Herzkrankheit und zu Alzheimer – durch Beobachtung gewonnen werden. Das bedeutet, daß man sich eine Kohorte von Frauen, die für welche Krankheit auch immer mit Hormonen behandelt werden, ansieht und sie mit Frauen vergleicht, die keine Hormone einnehmen. Und Frauen, die Hormone nehmen, erkranken seltener an einer KHK oder an Alzheimer. Aber sie kommen aus einer sozioökonomisch höheren Schicht, haben einen höheren Bildungsgrad, sind eher bereit, zum Arzt zu gehen, und eher bereit, etwas gegen ihren hohen Blutdruck und hohen Cholesterinwert zu unternehmen. Allein diese Faktoren könnten eine 50%ige Reduktion der koronaren Herzkrankheit erklären. Wir wissen nicht, ob Hormone gesundheitsfördernd sind, oder ob es gesunde Frauen sind, die Hormone nehmen.

Wir überschätzen wahrscheinlich diesen Nutzen. Weiterhin gibt es noch einen Faktor, den sogenannten „Compliance bias“: Patienten, die ihre Placebos strikt einnehmen, haben 50% weniger Herzerkrankungen. Die Studien

deuten an, daß sich das Risiko an Brustkrebs zu erkranken um 30–50% erhöht, wenn man mehr als 10 Jahre Hormone nimmt. Dies ist ein Anstieg im relativen Risiko. Das bedeutet, daß, wenn das Risiko für jemanden, der keine Hormone einnimmt, 1 beträgt, erhöht sich das Risiko für jemanden, der Hormone nimmt, auf das 1,3 bis 1,5fache, d. h. um die Hälfte.

Die Befürworter der Hormontherapie werden sagen „Eine Studie untermauert dies, die andere widerlegt es. Wie soll man wissen, was stimmt?“ Das ist richtig, wenn man alle Studien einbezieht. Viele Studien betrachten nämlich „eine niemals durchgeführte Therapie“ im Vergleich zu einer „niemals durchgeführten“. Und „jemals durchgeführt“ kann eine Hormontherapie von 2 Wochen ebenso bezeichnen wie eine von 6 Monaten Dauer oder länger. Bei allen untersuchten Risiken muß man aber die Medikamente über längere Zeit nehmen. Um also das Brustkrebsrisiko bestimmen zu können, müssen zum Zeitpunkt der Bestimmung Hormone eingenommen worden sein. So bald man damit aufhört, sinkt das Risiko. Um eine positive Auswirkung auf das KHK-Risiko zu erzielen, muß man Hormone nehmen. Sobald man damit aufhört, nimmt der Nutzen ab. Das gleiche gilt für die Osteoporose. Die Betrachtung einer einmaligen Einnahme eines Medikaments ist nicht wirklich sinnvoll.

Es kann sein, daß es besser wäre, mit vorbeugenden Maßnahmen bis Ende 60 oder Anfang 70 zu warten, denn in diesem Alter ist die Knochendichte nicht viel anders als mit 50. Das bedeutet, man nimmt die Hormone in einem Alter, in dem das Herzinfarktrisiko zunimmt, um den Infarkt zu verhindern. Und weil es 10 Jahre dauert, bis sich das Brustkrebsrisiko zeigt, wären Sie bei Ausbruch der Krankheit schon über 80 und würden dies mit Fassung tragen. Natürlich ist die pharmazeutische Industrie von diesem Ansatz nicht begeistert.

Aber es ist schon interessant, daß in den Kohorten dieselben Frauen auch weniger Autounfälle haben. Sie sind eine so andersartige Population, daß man nicht extrapolieren kann. Wir brauchen eine Studie, die die gleiche Anzahl Stubenhocker in jeder Gruppe hat. Wenn solch eine Studie vorliegt – sie wurde von der Women's Health Initiative inzwischen begonnen – werden wir sagen können, welcher Anteil auf die medikamentöse Behandlung und wel-

cher auf die ausgewählte Population zurückzuführen ist.

**?** Warum nimmt man Hormone? Warum nicht etwas anderes?

**Love:** Man könnte alles Mögliche nehmen. Es ist nicht so, daß geforscht wurde, um das eine Mittel zu finden, das alles verhindern würde. Es ist vielmehr so, daß Patienten Hormone erhielten, deren Auswirkungen dann erforscht wurden. Es ist möglich, daß andere Maßnahmen sogar besser wirken.

Wir lassen andere Wege der Vorbeugung völlig außer acht. Eine kürzlich in JAMA veröffentlichte Studie besagte „Wenn wir von einer 50%igen Senkung der KHK-Rate, einer 30%igen Zunahme der Brustkrebsrate und von einer Verbesserung der Osteoporose ausgehen, diese Zahlen in ein mathematisches Modell einbringen, profitieren 95% aller Frauen von der Hormontherapie“. Sie profitieren nach der JAMA Studie in Form einer höheren Lebenserwartung. Als Beispiel angeführt wurde: Wenn man raucht, einen hohen Blutdruck hat, einen hohen Cholesterinwert und eine Verwandte mit Brustkrebs, dann kann die Einnahme von Östrogen die Lebenserwartung um 6 Monate verlängern.

Das heißt, diese 6 Monate werden am Ende dazu addiert, einem Zeitpunkt zu dem man die 6 Monate vielleicht gar nicht mehr will. Hört man aber auf zu rauchen, ernährt sich venünftig und bewegt sich regelmäßig, kann man mehrere Jahre dazu addieren. Das wird aber als Alternative nicht angeboten: entweder man nimmt Medikamente oder man baut ab und stirbt. Bewegung verringert das Risiko für Brustkrebs, Osteoporose und koronare Herzkrankheit und fördert außerdem ein gewisses physisches und mentales Wohlbefinden, aber Bewegung macht niemanden reich. Und deshalb wird sie nicht propagiert.

**?** Ich habe mich schon immer gefragt, ob die Anti-Baby-Pille zur Zunahme des Brustkrebs beigetragen hat.

**Love:** Es gibt zwei Arten von Brustkrebs. Brustkrebs bei jungen Frauen ist häufig auf eine erbliche Belastung oder genetische Veranlagung zurückzuführen. Bei älteren Frauen ist Brustkrebs häufig auf Umweltfaktoren zurückzuführen, sei es die Pille, die Ernährung und zahlreiche andere Fak-

toren. Vielleicht werden wir die Auswirkungen der Medikamente, die wir als Kinder genommen haben, eines Tages sehen. Das macht uns Angst. Als die Röntgenstrahlung zuerst aufkam, wurde sie zum Abtrocknen von Akne eingesetzt. Diese Frauen haben heute alle Brustkrebs. Und DES (Diethylstilbestrol) wurde wie Bonbons gegen Fehlgeburten verschrieben. Keine Daten, keine wissenschaftliche Grundlage. Dann wurde eine Studie durchgeführt, die zeigte, daß es nicht wirkt. DES wurde trotzdem weitere 10 Jahre verschrieben, bevor die Behandlung endlich eingestellt wurde. 17 Jahre später hieß es dann: Oh je.

**?** *In Ihrem Hormonratgeber geben Sie eine ganze Reihe von Tips, wie Frauen sich in der Menopause helfen können, z. B. kreativ zu sein. Können Sie mir mehr dazu sagen?*

**Love:** Genauso wie Sie körperlich fit bleiben möchten, möchten Sie auch geistig fit bleiben. Es ist ganz klar so, daß Menschen, die Dinge mit Begeisterung machen, länger leben. Kreativität und geistige Beweglichkeit sind entscheidende Faktoren.

Es hängt davon ab, wie man etwas sieht. Wenn man die Menopause als Östrogenmangelkrankheit und als Versagen der Eierstöcke sieht, nimmt man am Ende Medikamente. Man kann dieses geistige Bild aber auch verändern. Es gibt zahlreiche Beispiele für Frauen, die nach der Menopause eine mächtige Position innehatten bzw. innehaben wie Margaret Mead, Indira Gandhi, Margaret Thatcher, Golda Meir und Madeleine Albright. Auf der anderen Seite gibt es viele junge Mädchen, die sehr selbstbewußt sind und dieses Selbstbewußtsein plötzlich verlieren, wenn sie in die Pubertät kommen. Vielleicht brauchen wir Östrogen, um häuslich und fortpflanzungswillig zu werden, damit die Menschheit nicht ausstirbt, und dann befreit uns die Menopause davon und wir werden wieder die selbstbewußte 8-jährige, die wir einst waren.

Malcom Pike, ein Forscher an der USC (University of Southern California), glaubt, daß der Grund für die hohe Rate an Brustkrebs, Ovarial- und Gebärmutterkrebs darin liegt, daß unsere Hormonspiegel zu hoch sind. Seine Theorie ist, daß wir dauernd schwanger sein müßten, und, daß wir, weil dies nicht der Fall ist, sehr hohe Hormonspiegel haben. Daher gibt er Frauen vor der Menopause Hormone, damit sie in

die Menopause kommen, um damit dem Krebs vorzubeugen. Das klingt ziemlich drastisch, aber es ist nicht drastischer, als Frauen jenseits der Menopause Hormone zu geben, um die Zeit zurückzudrehen.

Wir verschreiben Frauen die Pille und sie nehmen sie viele Jahre lang. Dann geben wir ihnen Medikamente zur Steigerung der Fruchtbarkeit, weil sie die Pille zu lange genommen haben. Dann, nach der Menopause, geben wir ihnen Hormone, bis sie sterben. Ich finde, wie wir mit dem weiblichen Körper umgehen, ist vollkommen verrückt.

**?** *Glauben Sie, daß hohe Östrogen Spiegel verhindern, daß die Kreativität zum Durchbruch kommt?*

**Love:** Ja, davon bin ich überzeugt. Man kann sich die unterschiedlichsten Dinge vorstellen. Man kann sagen, daß wir aus der Notwendigkeit des Weiterbestehens der menschlichen Rasse diese Hormone haben, die ein gewisses Maß an Sexualität hervorrufen. Nach der Menopause werden wir dann davon befreit, was nicht bedeutet, daß wir asexuell werden, aber daß die Sexualität aus anderen Quellen gespeist wird. Nicht mehr von der überwältigenden, alles beherrschenden Biologie. Zu diesem Zeitpunkt kann sehr viel Energie an eine viel kreativere Stelle umgeleitet werden. Wenn Sie ganz und gar allein da stehen wollten, könnte man fragen: Wenn Sie das Patriarchat repräsentieren würden, was würden Sie tun? Würden Sie nicht allen Frauen Östrogen geben? Schließlich möchten sie nicht, daß die Frauen nach der Menopause Ihnen sagen, was Sie tun sollen und Ihnen auf der Nase herumtanzen. Also geben Sie ihnen Östrogen und sagen ihnen, daß sie nicht dazu bestimmt sind, so lange zu leben.

Es gibt übrigens einige anthropologische Daten, die zeigen, daß Gesellschaften mit Frauen, die nach der Menopause aktiv sind, besser überleben, weil sie es sind, die sich um Alte, Kranke und Kinder kümmern, d. h. die Gesellschaft zusammenhalten.

**?** *Ich habe gehört, Sie studieren jetzt Betriebswirtschaft. Warum wechseln Sie von der Medizin, vom Brustkrebs und der Menopause, in dieses Metier?*

**Love:** Weil ich vorhabe, das System der „Managed care“<sup>1</sup> in die richtigen Bahnen zu lenken und dazu muß ich zweisprachig sein: ich muß die Sprache der

Wirtschaft ebenso sprechen wie die der Medizin.

„Managed care“ bietet den Frauen ein enormes Verbesserungspotential. Wir nehmen den Mißbrauch im alten System nicht zur Kenntnis. Ich hatte über den größten Teil meiner Laufbahn eine eigene Praxis, ich weiß also wovon ich spreche. All die ökonomischen Anreize ermutigten dazu, zu viel zu behandeln. Wir wurden dafür bezahlt, daß wir operierten. Wir wurden dafür bezahlt, daß wir Chemotherapien durchführten. Wir wurden dafür bezahlt, daß wir Tests durchführten. Krankenhäuser gingen es finanziell um so besser, je mehr Tests, Operationen und Chemotherapien durchgeführt wurden. Ich behaupte nicht, daß boshaft überlegt wurde „Wie kommen wir an mehr Geld?“ Aber alle ökonomischen Anreize gingen in diese Richtung. Das war nicht gut. Und es gab keinerlei Verantwortlichkeit. Wir konnten tun, was immer wir wollten, wo immer wir wollten, verlangen was immer wir wollten, und erhielten, was wir verlangten.

Der Wandel mußte von der Seite der Wirtschaft her kommen. Die Ärzten hatten nicht die Absicht das System zu ändern, und die Patienten würden es auch nicht tun, weil sie nicht dafür bezahlten. Normalerweise setzt in der Wirtschaft die Beschränkung ein, wenn der Kunde nicht mehr bereit ist, für das Überflüssige zu bezahlen. Nach einer Weile sagt der Kunde „Tut mir leid, aber ich bin nicht mehr bereit zu zahlen“. Aber der Kunde zahlte ja nicht und befolgte alle Therapieempfehlungen des Arztes. Die Therapie wurde immer teurer, immer mehr wurde verordnet, und die Situation wurde immer verrückter. Die Wirtschaft bezahlte die Rechnungen über die Versicherungsprämien, also mußte der Wandel von der Wirtschaft her kommen.

Jetzt schlägt das Pendel ins andere Extrem aus. Die Versicherer sagen „Wir sollten Anreize schaffen, damit die Menschen gesund bleiben. Wir zahlen Ihnen dafür soundsoviel Dollar pro Patient und Sie verwenden diese Summe, wie Sie es für richtig halten.“ Auf diese Art und Weise ist der Anreiz nicht der, die Menschen überzubehandeln, sondern sie gesund zu erhalten. Da der Anreiz auch Richtung Unterbehandlung

<sup>1</sup> Managed Care: Form des Kostenmanagements im Gesundheitswesen, um einer unbegrenzten Leistungsausweitung entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um das Management von Versorgungsprozessen, an denen Ärzte, Krankenhäuser und Arzneimittel beteiligt sind.

## Pharmakotherapiezykel: ein bewährtes Konzept

von Ingrid Schubert

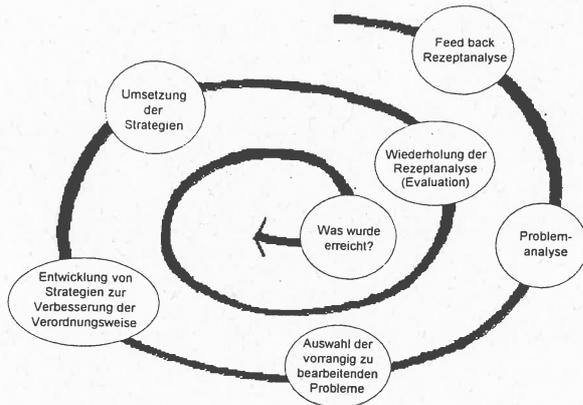
Die Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung hat unter der Leitung von Frau PD Dr. med. Liselotte von Ferber (Universität Köln) in enger Kooperation mit den Pharmakotherapieberatern der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Ende der 1980er Jahre das Konzept der Pharmakotherapiezykel entwickelt, das Gruppenarbeit und Feedback über die Verordnungsweise anhand der Verordnungsanalyse verbindet.

Diese Pharmakotherapiezykelarbeit stellt, wie durch die Evaluationen gezeigt werden konnte, ein geeignetes Verfahren dar, um die Verordnungsweise zu optimieren. Als Pharmakotherapiezykel wird eine Gruppe von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung bezeichnet, die sich für eine be-

grenzte Zeit freiwillig und regelmäßig trifft, um auf der Grundlage von themen- oder indikationsgruppenbezogenen Verordnungsanalysen ihre jeweiligen Therapiekonzepte zu diskutieren sowie Leitlinien für eine rationale Arzneitherapie zu entwickeln. Die Zirkel werden von zwei Kollegen moderiert und folgen in ihrer Arbeitsweise den in der Qualitätssicherung üblichen Schritten, die sich in Form einer Spirale darstellen lassen (siehe Abbildung auf Seite 6).

Ausgangspunkt der gemeinsamen Arbeit ist die themenspezifische Analyse der Rezepte eines Quartals, die für jeden Teilnehmer des Zirkels erstellt wird. Diese Analyse beschreibt den Ist-Zustand; sie macht die Alltagsroutine im Verordnen – und Abweichungen

von den eigenen Idealvorstellungen – sichtbar. Durch Fragen des Moderators und der anderen TeilnehmerInnen wird deutlich, wie sich die Ärzte im therapeutischen Vorgehen trotz vergleichbarer Klientel unterscheiden.



Für die Verordnungsanalyse werden einerseits Indikationsgruppen gewählt, bei denen ein hohes Verordnungsvolumen auf Qualitätsprobleme deutet, wie z.B. unscharfe Indikationsstellung oder unkontrollierte Dauertherapien. Beispiele hierfür sind durchblutungsfördernde Mittel, Venenmittel, Prokinetika, Enzympräparate, Benzodiazepine oder auch Mukolytika. Andererseits werden auch Arzneimittelgruppen besprochen, bei denen Unsicherheiten hinsichtlich der Arzneimittelauswahl oder des Behandlungsschemas bestehen, wie z.B. Lipidsenker, Ulkusmittel, Opiate, steroidale Antiasthmatica. Bei den erstgenannten Arzneimittelgruppen zielt die Arbeit des Qualitätszirkels in der Regel auf eine Einschränkung der Verordnungshäufigkeit, einhergehend mit einer intensiveren Beratung der Patienten. Bei den letztgenannten Gruppen kann die Fortbildungstätigkeit auch durchaus zu einem höheren Arzneimitteleneinsatz führen.

Wie ein roter Faden zieht sich die Frage nach der Arzneimittelauswahl und Kontrolle der Therapiedauer durch die Zirkelsitzungen. So zeigt beispielsweise die Rezeptanalyse, daß fast ein Drittel der Benzodiazepinverordnungen auf die langwirkenden Präparate entfiel, die therapeutisch problematisch sind (hang-over Effekte, Gefahr nächtlicher Stürze bei älteren Patienten). Zudem erhielten 40% - 80% der Benzodiazepinempfänger (so die Streuung bei den einzelnen Ärzten) die

Präparate länger als einen Monat, so daß hier die Gefahr einer Abhängigkeit bedacht werden muß. Im Zirkel kam es zu einem Austausch, wie die Verordnungsqualität verbessert werden kann. Als Strategien wurden genannt: keine

Rezepte ohne Arztgespräch ausstellen, d. h., keine automatische Nachverordnung durch Bestellung bei den Arzt-helferinnen, bei Nachverordnung die Indikation überprüfen, jede Verordnung mit Menge und Dosierung dokumentieren, bei Nachverordnungen den Verbrauch kontrollieren sowie eine persönliche Arzneimittelliste anlegen. Letzteres hilft auch,

das Spektrum der verordneten Arzneimittel einzuschränken.

Eine Besonderheit des Konzeptes ist die Durchführung einer Evaluation nach Beendigung der 6 - 8 Zirkelsitzungen, d. h. nach ca. einem Jahr. Die Evaluation ist für die Pharmakotherapie-zirkelarbeit unabdingbar, denn durch die erneute Verordnungsanalyse erhalten die Ärzte ein Feedback, ob

und wie sich ihr Ordnungsverhalten verändert hat. Hierdurch schließt sich der Kreis der qualitätssichernden Schritte, da die erneute Verordnungsanalyse zugleich wieder als Ausgangspunkt für das Erkennen weiterer oder noch bestehender Ordnungsprobleme dient. Die Evaluationen zeigten bei den meisten Teilnehmern Veränderungen im Ordnungsverhalten – so z. B. eine Reduzierung der Ordnungshäufigkeit von Arzneimitteln mit nicht gesicherter Wirksamkeit.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die Pharmakotherapie-zirkelarbeit, die den kollegialen Erfahrungsaustausch mit der Analyse der getätigten Ordnungen verbindet, sich als Fortbildungs- und Qualitätssicherungsmaßnahme bewährt hat und zunehmend Verbreitung findet. Wichtig ist jedoch, daß die Auseinandersetzung mit der Thematik sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, da Verhaltensänderungen Zeit benötigen und nur so auch längerfristige Wirkungen erzielt werden können.

*Dr. Ingrid Schubert, Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung, Köln.*

## Voraussetzungen für die erfolgreiche Arbeit in Qualitätszirkeln

von Dörte Meyer, Edith Andres und Joachim Szecsenyi

Die ersten Qualitätszirkel entstanden in Deutschland Ende der 80er Jahre. 1991 beschloß dann die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Qualitätszirkel flächendeckend als Instrument der Qualitätssicherung einzuführen. Die KBV und das Bundesministerium für Gesundheit beauftragten 1992 die Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung (AQuA) mit einem Modellvorhaben, das Trainingsseminare für Moderatoren und die Erarbeitung eines Leitfadens beinhaltete. Seit einigen Jahren wächst die Zahl der ärztlichen Qualitätszirkel stetig.

Wichtige Merkmale der Arbeit in Qualitätszirkeln zeigt die Abbildung

auf Seite 7. Die Arzneimitteltherapie ist dabei eines von vielen Themen, das als Arbeitsschwerpunkt gewählt werden kann. In den Niederlanden ist diese Art von Qualitätszirkeln seit Jahren fest etabliert: Pharmakotherapie Overleg (FTO) oder „Pharmakotherapie-Überlegungen“. 1995 waren 90% aller Hausärzte in dauerhaften Gruppen engagiert. Apotheker liefern die Ordnungsanalysen und spielen eine wichtige Rolle als externe Berater.

Hausärztliche Qualitätszirkel mit dem Schwerpunkt Pharmakotherapie können verschiedene Zielsetzungen verfolgen: fachlicher Austausch unter Kollegen, Verbesserung der Ordnungsqualität, Senkung der Kosten. Insbesondere im Hinblick auf den er-

sten Punkt profitieren die teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen selbst deutlich und sofort feststellbar. Als Kontrast zur eher isolierten Arbeit im Praxisalltag erfahren sie, daß ihre Kollegen mit ähnlichen Schwierigkeiten zu tun haben, und suchen gemeinsam nach praktikablen Lösungen.

Voraussetzungen für selbstkritische und konstruktive Diskussionen sind dabei vor allen Dingen Gleichberechtigung, Offenheit, Akzeptanz konträrer Meinungen und Vertraulichkeit. Diese Voraussetzungen sind am ehesten zu verwirklichen, wenn auch die Moderatoren als „Gleiche unter Gleichen“ agieren (englisch: peer review), d.h. selbst als niedergelassene Ärzte tätig sind.

lysen zunächst einmal Transparenz über des Ordnungsverhalten der Ärzte hergestellt. Da Ärzte eher patienten- oder problembezogen denken, werden die Ordnungsdaten durch Fallbeispiele simulierter oder realer Patienten ergänzt. Anhand konkreter Beispiele versucht die Gruppe sich zu einigen, in welchen Situationen überhaupt Arzneimittel angezeigt sind und welche Wirkstoffe dann am besten geeignet sind.

Je kleiner die Zahl der verordneten Wirkstoffe, desto besser kann ein Arzt Nutzen und Risiken beurteilen und auch Kosten vergleichen. Erschwert wird eine solche Beschränkung durch Faktoren wie den unüberschaubaren deutschen Arzneimittelmarkt, das

auf hin, daß Ärzte diese Erwartungen häufig überschätzen.

Für viele Ärzte gehört es einfach dazu, eine Konsultation mit einem Rezept abzuschließen oder zu beenden. Als Ersatz für eine Arzneiverordnung kann hier ein „Beratungsrezept“ dienen: Patienten erhalten auf einem Informationsblatt verständliche Hinweise, was sie selbst bei ihren Beschwerden tun können.

Veränderungen der medikamentösen Therapie sind nur möglich mit dem Verständnis und der Akzeptanz von Ärzten und Patienten. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist daher immer wieder Thema in den Qualitätszirkeln. Dabei soll vermittelt werden, daß Ärzte, die gute Gründe für oder gegen ein Arzneimittel haben, diese auch den meisten ihrer Patienten verständlich machen können. Dies zeigen zumindest die Erfahrungen einiger Ärzte und Patientenbefragungen.

Insgesamt wird eine bewußte Ordnungsweise angestrebt. Dazu zählt auch, Ärzte zu erinnern, daß Arzneimittel nicht ihr einziges „Handwerkzeug“ sind. Vieles erreichen Hausärzte auf andere Art, indem sie die Probleme ihrer Patienten ernst nehmen und ihren wirklichen Bedürfnissen nachgehen: Oft ist das Rezept nur scheinbar die schnelle Lösung.

*Dörte Meyer, Edith Andres, Joachim Szecsenyi, AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen*

### Qualitätszirkel mit Schwerpunkt Pharmakotherapie arbeiten ...



1997 ©

Schwerer haben es „Experten“, d.h. Mediziner ohne eigene Praxis, Pharmakologen oder Pharmazeuten. Schnell äußern Hausärzte die Kritik, daß deren Lösungsvorschläge theoretisch gut begründet sein mögen, im Praxisalltag aber aus verschiedensten Gründen nicht umsetzbar seien.

Als Grundprinzip gilt also, daß die Gruppe Erfahrungen austauscht und eigene Lösungen entwickelt. Dennoch sollen neue und manchmal unbequeme Erkenntnisse aufgegriffen werden, die tatsächlich zu einer Änderung der bisherigen Ordnungsweise führen. Dies gelingt nur bei gut strukturierter Diskussion mit gezielter Unterstützung von außen.

Wie im vorangehenden Artikel beschrieben, wird durch Ordnungsana-

Marketing und die Fortsetzung der Ordnungen von Fachärzten und Kliniken. Der Qualitätszirkel liefert hier Anregungen für eine persönliche Arzneimittelliste.

Je nach Indikationsgruppe werden neben der Arzitherapie weitere Fragen angesprochen, z.B. Diagnostik, nicht-medikamentöse Maßnahmen und Kontrolle des Therapieziels. Entsprechende Empfehlungen für bestimmte Beschwerden werden in Handlungsleitlinien zusammengefaßt.

Immer wieder führen Ärzte an, wie stark der Druck durch die Patienten und Patientinnen ist. Wie häufig Wunschverordnungen tatsächlich sind und ob sie vermeidbar wären, müßte genauer untersucht werden. Ergebnisse aus Patientenbefragungen weisen dar-

#### Impressum

Herausgeberin: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789, e-mail bukopharma@compuserve.com  
Internet: www.epo.de/bukopharma  
Verleger: Gesundheit und Dritte Welt e.V., August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld  
Redaktion: Jörg Schaaber (verantwortlich), Annette Will, Mitarbeit: Karin Pichlbauer

Namentlich gekennzeichnete Beiträge und Leser-Innenbriefe geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Druck: Off-Set, Bielefeld

Bezugsbedingungen: Erscheinungsweise 10 Ausgaben jährlich. Einzelabo 25 DM, Institutionen- oder Auslandsabo 45 DM.

Für Mitgliedsgruppen des BUKO ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Daten der regelmäßigen Pharma-Brief-BezieherInnen werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten nicht weitergegeben.

© copyright BUKO Pharma-Kampagne

Konto für Abos: 105 601

Konto für Spenden: 105 627

Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61),

Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Spenden sind erwünscht und steuerabzugsfähig.

## Stellungnahme des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) zur 8. AMG-Novelle (BT-Drucksache 13/9996)

Die Vorrede zum Gesetzentwurf der Bundesregierung nennt als Zweck "die weitere Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und Arzneimittelüberwachung". Viele der vorgesehenen Regelungen stimmen nach Ansicht des VDPP mit dieser Zielsetzung überein und sind deshalb zu begrüßen.

Das Verbot von Vertrieb, Verschreibung und Anwendung von Arzneimitteln zu Dopingzwecken ist uneingeschränkt zu befürworten. Auch das Verbot des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln findet unsere vollständige Zustimmung.

Der VDPP begrüßt gleichfalls die Regelungen zur Verbesserung des Informationsaustausches zwischen Arzneimittelbehörden in der EU und zur Information der Öffentlichkeit über Arzneirisiken durch die Zulassungsbehörden.

Der Sinn einiger anderer Punkte des Regierungsentwurfes erschließt sich uns nur bedingt, in den folgenden Absätzen sei dies näher erläutert:

**Ziffer 1** sieht vor, daß in § 4 Abs. 2 die besonderen Regelungen für Blutzubereitungen künftig nur noch für solche Arzneimittel gelten sollen, die

Blut oder Blutbestandteile als *Wirkstoff* enthalten, nicht aber für solche, in denen sie als *Hilfsstoff* enthalten sind. Den Zweck dieser geplanten Neuregelung können wir nur schwer nachvollziehen, da die besonderen mit Blut und Blutbestandteilen verbundenen Risiken ja nicht von der Deklaration der Bestandteile als Wirk- oder Hilfsstoff abhängen.

Da die Absätze 3 bis 7 mit Sera, Impfstoffen etc. ja bestehen bleiben, scheint die bedeutendste Gruppe von Arzneimitteln, für deren Inverkehrbringen Erleichterungen geschaffen werden sollen, die der Hyposensibilisierungslösungen zu sein. Wenn wir berücksichtigen, daß außerordentlich viele Patienten mit diesen Präparaten behandelt werden, und daß man über das Verhältnis von Nutzen und Risiko hier zumindest unterschiedlicher Ansicht sein kann, so scheint eine Deregulierung hier nicht sachgerecht zu sein.

**Ziffer 8** sieht vor, daß mit dem neuen § 14 Abs. 2a bei der Herstellung radioaktiver Arzneimittel, die innerhalb einer Einrichtung verwendet werden, sowie bei der Herstellung von Transplantaten oder Wirkstoffen der Herstellungsleiter gleichzeitig auch Kontroll- und Vertriebsleiter sein kann.

Der geltende § 14 Abs. 2 sieht vergleichbare Erleichterungen z. B. für natürliche Heilwässer und Moorbäder vor, was sicher nicht besonders problematisch ist. Außerordentlich sensiblen Arzneimittelgruppen einen ähnlichen Status wie Heilwässern und Moorbädern zu geben, erscheint uns allerdings fragwürdig.

Die Bundesregierung hat den Vorschlag des Bundesrates übernommen, Transplantate, die nicht innerhalb der herstellenden Einrichtung verwendet werden, von der Regelung auszunehmen, was zu ein Schritt in die richtige Richtung ist. Uns erschiene allerdings ein Verzicht auf die Neuregelung oder zumindest auch die Herausnahme von Wirkstoffen, die an andere Einrichtungen weitergegeben werden, angemessener.

Die **Stellungnahme des Bundesrates** enthält im Detail durchaus sinnvolle Ergänzungen und Verbesserungen des Gesetzentwurfes. Leider sind in den Punkten 6, 9, 21 und 27 der Bundesratssternungnahme zusätzliche Sonderregelungen für Arzneimittel der besonderen Therapieerichtungen vorgesehen, die aus unserer Sicht so nicht gutzuheßen sind.

Punkt 6 sieht eine Erweiterung des Begriffes "besondere Therapieerichtungen" vor. Nicht nur Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sondern z. B. auch die Enzymtherapie soll das Privileg der Beteiligung einer Kommission von Vertretern dieser Therapieerichtung an Zulassungsentscheidungen erhalten.

Gerade bei der in der Begründung zu diesem Punkt genannten Enzymtherapie stellt sich die Frage, weshalb Nutzen und Risiko der Arzneimittel hier anders beurteilt werden sollten als bei irgendeinem beliebigen Arzneimittel der "Schulmedi-

zin". In der letzten Ausgabe des Arzneitelegramms (3/98, S. 35f) wird über schwere Nebenwirkungen bei der Anwendung eines Enzympräparats an einer Patientin mit multipler Sklerose berichtet. Warum soll die zumindest fragwürdige Wirksamkeit, der die Gefahr schwerer und schwerster unerwünschter Effekte gegenübersteht, hier anders beurteilt werden als bei anderen Arzneimitteln?

Punkt 9 und 21 sehen gleichfalls zusätzliche Sonderregelungen für die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen vor, deren Nutzen sich uns nicht erschließt. Die bei Punkt 9 u. a. genannte Begründung, die bisherigen Regelungen gingen über das von der EU geforderte hinaus, ist schwer nachzuvollziehen. Wo es im Interesse der Arzneimittelsicherheit sinnvoll ist, Regelungen zu schaffen, die über EU-Forderungen hinausgehen, da sollte man es doch auch tun.

Schon in der jetzigen Fassung des § 25 Abs. 2 Nr. 5a ist die besondere Stellung der Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen berücksichtigt, eine weitere Deregulierung erscheint uns fragwürdig.

Punkt 27 liefert die Begründung für die vom Bundesrat angestrebten Veränderungen zugunsten der Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen. Die Argumente erinnern an die Gründe, die vor einiger Zeit gegen die Positivliste vorgebracht wurden. Sie werden nicht richtiger dadurch, daß sie jetzt aus einer anderen politischen Ecke zu kommen scheinen.

Eine sinnvolle Bereinigung des Arzneimittelangebots darf keine Therapierichtung ausnehmen. Es sollte auch berücksichtigt werden, daß die meisten Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen nicht verschreibungspflichtig sind, dies gilt auch für Injektionslösungen.

Diese werden häufig von Heilpraktikern und gar nicht so selten auch in der Selbstmedikation angewandt. Beim Auftreten allergischer Reaktionen ist der Patient hier noch weniger geschützt als bei der Anwendung in der Arztpraxis.

Angesichts dessen, daß es politisch nicht gewollt zu sein scheint, Arzneimittel zur parenteralen Anwendung generell der Verschreibungspflicht zu unterstellen, erscheint es uns um so notwendiger sicherzustellen, daß jeder Bestandteil dieser Präparate nachweislich einen Beitrag zur Wirksamkeit leistet, und daß das Verhältnis von Nutzen und Risiko positiv beurteilt wird.

Jürgen Große  
für den Vorstand des VDPP

## 4. Abschnitt

### Rationalisierungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen

Der gegenwärtige Medizinbetrieb mit seiner angebots- und anbieterrinduzierten Nachfrage und dem erheblichen, von der gegenwärtigen Politik sogar noch geförderten lobbyistischen Einfluß des schulmedizinisch-industriellen Komplexes (vor allem der Pharma- und Geräteindustrie) bietet viele Rationalisierungsmöglichkeiten. Sie auf der Basis einer „evidence based medicine“ wahrzunehmen würde die Versorgung der Bevölkerung nicht nur nicht beeinträchtigen, sondern sogar erheblich verbessern. Bereits die medizinisch nicht begründbare, aus wirtschaftlichen Motiven erfolgende unkritische Indikationsstellung bis hin zur Ausweitung medizinischen Handelns auf kergesunde 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 vermutlich zu 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 GKV-Versicherten nicht nur diese Kosten zugemutet, sondern präventive und gesundheitsfördernde Leistungen sowie nachweislich wirksame unkonventionelle medizinische Methoden und Heilverfahren (z.B. Akupunktur) vorenthalten.

- Abbau der Über- und Fehlmedikation;
  - eine strengere Indikationsstellung auf der Basis der Positivliste;
  - die Intensivierung des Arzt-Patient-Dialogs, Compliance-Erhöhung durch Gespräche, Ausstellung von Folgerezepten (nicht jeder Kontakt muß mit einem Arzneimittelrezept zuende gehen, aber auch nicht jeder Arzneimittelabgabe muß ein Arztbesuch vorausgehen);
  - die Erhöhung der Compliance.generell (allein in Niedersachsen wanderten 1995 370 t Arzneimittel in den Müll);
  - die Verpflichtung zur Vorhaltung und Abgabe auch kleinster Mengen in den Apotheken (statt Standard- und Großpackungen);
  - die Ausweitung des Substitutionsrechts für Apotheken.
- Auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittel kann 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 und die Behandlung der Dialyse als nicht-ärztliche Leistung bzw. als Heilmittel (§ 126, 5 SGB V).

Quellenangaben zu den zitierten Dokumenten können über die Geschäftsstelle des VDÄÄ angefordert werden!

65

- Abschaffung der Selbstbeteiligung bei Medikamenten der Positivliste;
- das Verbot von Erstattungsleistungen der Krankenkassen für Arzneimittel außerhalb der Positivliste (ggfs. mit genau definierten Ausnahmen);
- die Beibehaltung des Arzneimittelbudgets;
- Verbot der Arzneimittelwerbung („Aufklärung statt Werbung“);
- die Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel (außer echten Innovationen) in die Festbetragsregelung;
- die Absenkung der Festbeträge;
- Umstellung der Apothekenvergütung auf Fixzuschläge (Festpauschalen) pro (rezeptpflichtiger) Packung im GKV-Bereich (das gesamte Abrechnungssystem wird stark vereinfacht, Rabattregelungen etc. entfallen, das Interesse an hohen Verkaufspreisen für Pharmaka entfällt, gleichzeitig werden die den Apotheken entstehenden Fixkosten [z.B. Lagerhaltung etc.] besser berücksichtigt);
- Verpflichtung zur Verordnung des jeweils kostengünstigsten Präparates (vor allem Generika) (§ 129 SGB V);
- die Änderung des Wettbewerbsrechts, um Produktinformationen weitergeben zu dürfen (z.B. Warnung vor umstrittenen oder gefährlichen Arzneimitteln durch Organe der Selbstverwaltung);
- beschränktes Dispensierrecht für Ärzte durch Ausweitung der Sprechstundenbedarfsregelung;
- Verbot der Arzneimuster;

64

## VDÄÄ und VDPP schlagen daher vor

- **Beweisgestützte Medizin – Untersuchungs- und Behandlungsverfahren mit Effektivitätsnachweis**

Sehr viele diagnostische und therapeutische Maßnahmen in der Medizin entbehren der empirisch-wissenschaftlichen Grundlage. Es sollten grundsätzlich nur solche Verfahren eingesetzt und von der Versichertengemeinschaft finanziert werden, die den Kriterien einer „evidence based medicine“ (Cochrane-Initiative) genügen, d.h. die entscheidende Anforderung ist eine empirisch nachweisbare Verbesserung der Lebensqualität oder Lebenserwartung.

- **Sicherung des medizinisch Sinnvollen**

Alles medizinisch Notwendige und Sinnvolle muß im Leistungskatalog der GKV enthalten sein.

Eine empirisch als wirksam anerkannte, aber auch durch ärztliche Intuition und Erfahrung gestützte Behandlung mit ausschließlich dem individuell und medizinisch Notwendigen ist gleichzeitig die medizinisch richtige, effizienteste und wirtschaftlichste. Angesichts der derzeitigen Praxis heißt dies meist: Weniger wäre mehr. Voraussetzung dafür ist u.a. ein Ende der durch falsche Anreize induzierten „Leistungs-explosion“ (z.B. bei Linksherzkatheteruntersuchungen, nicht indizierten Operationen usw.). Auch 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.

Kein Geld mehr für Maßnahmen ohne potentiellen Nutzen

Es gibt ernsthaft zu prüfende Hinweise, daß man die Versorgung verbessern könnte, indem man z.B. auf folgende Leistungen verzichtet:

Osteodensitometrie, Röntgen der Nasennebenhöhlen bei akuter Sinusitis, ineffiziente Screening-Untersuchungen (z.B. Gesundheitsuntersuchung als Regelleistung (§ 25 SGB V), Teile der präoperativen Routinediagnostik (z.B. Röntgen-Thorax, EKG, Labortests), Screening des Prostata-Karzinoms (PSA), Screening mit Tumormarkern, Triple-Diagnostik, Mammographie als CA-Screening, Routine-Thoraxröntgen bei älteren Rauchern.

- Strengere Indikationsstellung

Eine zumindest strengere Indikationsstellung – vor allem bei Privatpatienten – 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), Arthroskopie des Kniegelenks, Ballondilatationen, zahlreichen operativen Eingriffen (bis zu 50% überflüssig, z.B. Appendektomien, Hysterektomien usw.) sowie in der Labormedizin.

- Abbau von Überkapazitäten und Kartellen

Unwirtschaftliche Einrichtungen und Überkapazitäten in allen Versorgungsbereichen, vor allem im stationären und ambulanten Bereich sollten nach und nach sozialvertraglich

Qualitätslehre. Die Anbieter solcher Verfahren sollten sich daher zur Gewährleistung des erforderlichen Patientenschutzes einer systematischen Evaluation anhand definierter Kriterien stellen.

- **Abschaffung der sogenannten „Teilradiologie“**  
Bildgebende Verfahren in der Medizin gehören in die Hand derjenigen, die nicht nur aufgrund ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung entsprechend fachlich qualifiziert und mit optimaler Technik ausgerüstet sind, sondern auch durch ihre tagtägliche Praxis die nötige Routine und Erfahrung besitzen. Die sogenannten „Teilradiologen“ können nicht nur – kostentreibend – die Indikation für teileradiologische Untersuchungen selbst stellen, sondern die sonst üblichen Standards oft nicht gewährleisten. Die Folge sind vor allem Untersuchungen ohne strenge Indikationsstellung, unnötige Doppeluntersuchungen und damit vermeidbare Strahlenbelastungen.

- **Keine Verschwendung von Arzneimitteln, Rationalisierung bei der Verwendung von Heil- und Hilfsmitteln**

Das Einsparpotential liegt in diesem Bereich bei 10 bis 13 Mrd. DM pro Jahr (je nach Beibehalt der Selbstbeteiligungsregelungen). Sinnvolle Maßnahmen wären

- die Einführung einer Positivliste, Verzicht auf Pharmaka, deren Wirkung nicht erwiesen ist (z.B. Rheuma- u. Venensalben, sog. „durchblutungsfördernde Mittel“ bei arteriellen Durchblutungsstörungen, Hämorrhoidenmittel);

abgebaut werden. 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 sollte auf adaptierbare Festbeträge oder Fallpauschalen umgestellt werden.

- Behebung von Mangelversorgung  
Gleichzeitig gilt es, Mangelversorgung zu beseitigen, z.B. bei sozial Benachteiligten, besonders belasteten oder gefährdeten Patientinnen und Patienten, in bestimmten Therapiebereichen wie der Schmerztherapie und in der Gesundheitsförderung und Prävention. Letzteres gilt vor allem für die Impfprophylaxe (z.B. durch Abschaffung berufsrechtlicher Hemmnisse) und bei regionalen Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (z.B. Stillförderung) und Prävention. Auf keinen Fall sollten physikalische bzw. Balneotherapie, Teil- und Ganzkörpermassage oder Krankengymnastik gestrichen werden, ebensowenig die Auslandsleistungen, sofern im Inland keine vergleichbaren Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

- Aufnahme evaluierter unkonventioneller medizinischer Methoden und Heilverfahren in den GKV-Leistungskatalog  
Wirksame, jedoch unkonventionelle medizinische und psychotherapeutische Methoden und Heilverfahren sollten in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Sie unterliegen jedoch als gesundheitsbezogene Dienstleistungen im Prinzip denselben Grundanforderungen an Qualität und Rechtssicherheit wie Leistungen im Rahmen der konventionellen Medizin. Auch hier gelten die Prinzipien der

## 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