

VDPP • RUNDBRIEF

14. Jahrgang 5 / 2002

Mitteilungen des Vereins 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

RB aus dem
55 INHALT

König Ernst-August erwartet euch: MV 2002 in Hannover vom 14. - 16. Juni

20 Jahre Pharma-Kampagne

Addendum zum Gutachten des Sachverständigenrats

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

mit dieser Ausgabe des Rundbriefes ist es gelungen, den Redaktionsschluss nur noch um sieben Wochen zu überziehen. Das stellt eine deutliche Verbesserung dar, und wir geloben weitere Besserung.

Was das Überziehen von Terminen betrifft: Die Anmeldefrist für die Mitgliederversammlung des VDPP ist zwar verstrichen, aber dies betrifft nur unser vorab gebuchtes Bettenkontingent in der Tagungsstätte. Ihr könnt euch nach wie vor bei der Geschäftsstelle zur MV anmelden, nur müsst ihr euch dann um die Übernachtung in Hannover selber kümmern. Auch das Hanns-Lilje-Haus hat noch freie Kapazitäten, gegebenenfalls wird euch die Geschäftsstelle bei der Buchung helfen.

Spannende Diskussionen etc. erwarten euch, und niemand muss befürchten, in den Vorstand gewählt zu werden, da Wahlen erst wieder im Jahre 2003 anstehen.

Viel Spaß beim Lesen,

Eure Redaktion

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 56: 30. Juni 2002

IMPRESSUM

Herausgeber: Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V., Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Telefon / Fax: (0 40) 45 87 68, E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de, URL: <http://www.vdpp.de>
Bankverbindung: Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Konto 200 47 - 105

Redaktion: Jürgen Große (verantwortlich), Thomas Hammer, *Bildredaktion:* Dr. Thomas Schulz
Redaktionsanschrift: Jürgen Große, Mesterfeld 17, D-22523 Hamburg, Telefon: (0 40) 5 70 45 75 und (01 72) 4 01 95 41, Fax: (0 40) 5 70 45 75, E-Mail: redaktion@vdpp.de

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt die Autorin die volle Verantwortung. Die Urheberrechte liegen bei den AutorInnen.

6 Ausgaben kosten im Abonnement 30 Euro. Für Mitglieder des VDPP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

INHALT

Grußwort des Vorstands Thomas Hammer	Vorstand 10. 10. 2001 3 Jürgen Große	16
20 Jahre Pharma-Kampagne Jörg Schaaber	Vorstand 5. 12. 2001 3 Thomas Hammer	16
Um Missverständnissen vorzubeugen Jürgen Große	Vorstand 26./27. 1. 2002 Thomas Schulz	17
Termine	Vorstand 3. 4. 2002 6 Jürgen Große	19
Stellungnahme zur Positivliste Jürgen Große	DOKUMENTATION	7
Änderung des Apothekengesetzes Katja Lorenz	VDÄÄ und ver.di fordern Verzicht auf Plakataktion	9 20
BUCHBESPRECHUNGEN	In Ilonas Apotheke werden Sie in 8 Sprachen bedient	20
Wie kam Krieg in die Welt? Gerd Dieckvoß	Sachverständigenrat - Addendum	10 21
Frauen in der Pharmazie Beisswanger, Hahn, Seibert, Szász, Trischler	Patientenorientierung statt Anbieterkartelle	11 24
PROTOKOLLE	„Aut-idem“-Regelung von heute an in Kraft	30
Vorstand 1. 4. 2001 Udo Ament	Arzneimittel spenden?	12 31
Vorstand 17. 6. 2001 Jürgen Große	Leitantrag der LDÄÄ zum Deutschen Ärztetag	13 33
Vorstand 15. 8. 2001 Bernd Rehberg	Startschuss für ein biologisches Wettrüsten	14 35
Vorstand 9. 9. 2001 Thomas Schulz	Patienten lassen sich nicht vor den Karren der Industrie spannen	14 38

Grußwort des Vorstands



Liebe Leserin, lieber Leser!

Diejenigen, die im letzten Sommer an der Mitgliederversammlung in Münster teilgenommen haben, werden sich noch gut daran erinnern können, wie schwierig die Suche nach einem neuen Vorstand gewe-

sen ist. Erst nach einer langen Diskussion über die Frage, ob der VDPP überhaupt noch in der Lage ist, gesundheitspolitisch zu agieren, fanden sich doch noch ein paar Optimisten, die diese Frage mit "Ja" beantwortet haben. Einige von ihnen wurden daraufhin in den Vorstand gewählt.

Da das Grundproblem aller Vorstandsmitglieder die knappe Zeit ist, soll die Vorstandsarbeit in Zukunft noch effektiver gestaltet werden. Da drei Vorständler in Hamburg wohnen, wollen wir unter anderem auf den Hamburger Regionaltreffen die "Vereinsroutine" erledigen, wie z.B. Organisation der Mitgliederversammlung, Kontaktpflege und Korrespondenzen, Rundbrief usw. Neben diesem Pflichtprogramm darf natürlich die Kür nicht zu kurz kommen, d. h. die Umsetzung der Ziele des VDPP-Programms. Dies scheint mir in erster Linie durch die Zusammenarbeit mit anderen oppositionellen Gruppen des Gesundheitswesens

möglich zu sein. Intensive Kontakte hat es deshalb in letzter Zeit zur BUKO-Pharmakampagne gegeben. Wünschenswert wäre zum Beispiel ein besserer Kontakt zum VDÄÄ. Da die Gesundheitspolitik sicherlich ein Schwerpunkt der nächsten Bundesregierung sein wird, sollten sich gemeinsame Anknüpfungspunkte finden lassen.

Zum Schluss noch eine Bitte: Kommt zur MV am 15. und 16. Juni 2002 in Hannover! Wir haben einen schönen, zentral gelegenen Tagungsort ausgesucht, wo wir ausführliche Diskussionen über die Zukunft des Gesundheitswesens und der Arzneimittelversorgung im Speziellen führen können. Und dies alles vollkommen stressfrei, da keine Vorstandswahlen anliegen!

Bis dann

Thomas Hammer
(für den Vorstand des VDPP)

20 Jahre Pharma-Kampagne Ein Bericht vom Symposium am 24.11.2001

von Jörg Schaaber

Da im letzten Jahr kein Herbstseminar stattfand, riefen wir zum Besuch des Symposiums der BUKO-Pharma-Kampagne. Diesem Aufruf folgten viele VDPP-Mitglieder, deshalb drucken wir hier diesen Bericht aus dem PHARMA-BRIEF 10/2001 ab:

Mit einem Symposium *Kein Leben ohne Pillen?* feierten 120 Gäste aus dem In- und Ausland das 20-jährige Bestehen der BUKO Pharma-Kampagne. Neben der inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Medikalisierung der Gesellschaft kam auch das Feiern nicht zu kurz.

Die weiteste Anreise hatten die Gäste aus Südafrika und Indien. Vertreten war ein breites Spektrum von Berufen: Vom Professor für klinische Pharmakologie bis zum Postangestellten aus der Straßentheatergruppe. Viele

Menschen, die in der Pharmakritik in Deutschland eine wichtige Rolle spielen, hatten sich am 24.11.2001 im Jugendgästehaus in Bielefeld zusammengefunden.

Den Auftakt boten Grußworte vom Krimischriftsteller John le Carré, der die Pharma-Kampagne in seinem neuesten Buch verewigt hat, und von Hermann Schulte-Sasse, der bis vor kurzem Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium war – und seine Karriere nach eigener Aussage ohne die ehrenamtliche Mitarbeit bei der Kampagne nie begonnen hätte.

Prof. Peter Schönhöfer belegte in einem Vortrag faktenreich und spannend, dass und warum die Pharmaindustrie sich auf Schein-Innovationen und Lifestyle-Medikamente kon-



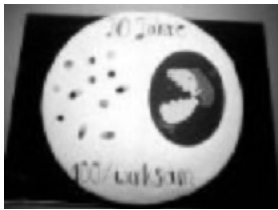
zentriert und welche negativen Folgen das für die Gesundheit und den Geldbeutel hat.

Die Eröffnung der Ausstellung *Kein Leben ohne Pillen?* wurde von dem Chor KlangArt musikalisch begleitet. Unsere Mitarbeiterin Hedwig Diekwisch leitet ihn. Die Ausstellung kann bei



uns ausgeliehen werden.

Obwohl das Symposium der Pharma-Kampagne zum 20-jährigen Jubiläum den Titel "Kein Leben ohne Pillen?" trug, gab es eine riesengroße Tablette als Geburtstagsgeschenk. Sie kam vom Welthaus Bielefeld. Die Torte wurde von den Gästen mit großem Vergnügen verzehrt.



Der Nachmittag wurde mit zwei kurzen Beiträgen von Dr. Markus Fritz von der Schweizerischen Medikamenteninformationsstelle (SMI) und von dem klinischen Pharmakologen Dr. Andrew Herxheimer von der britischen Cochrane Collaboration eingeleitet. Markus Fritz erntete mit seiner gelungenen Mischung aus Fakten und Fiktion zum "Pharmaparadies Schweiz" viel Gelächter. Er staunte, dass in einer so heilen Welt die Medikamenteninformationsstelle gefragt ist: "Trotzdem bei uns in der Schweiz alles so gut organisiert ist, erstaunt es immer wieder, dass bei uns trotzdem das Telefon klingelt. Nicht dass sich da jemand verwählt hat, nein ganz gezielt rufen dort reale Personen mit realen Fragen an." Andrew Herxheimer verstand es, durch Querdenkerfragen einen umfassenderen Blick auf die Wissenschaft des Medikamentengebrauchs zu lenken.

In vier Arbeitsgruppen gab es dann eine spannende und doch lockere Diskussion:

Bei der Arbeitsgruppe *Wir armen Schlucker* berichteten Christof Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg und Prof. Gerd Glaeske von der Uni Bremen, wie die Medikalisierung die VerbraucherInnen trifft. In der AG *Gesundheit auf Rezept* berichtete Wolfgang Becker-Brüser, Herausgeber des *arznei-telegramm*,



über die Schwierigkeit, zuverlässige Informationen zu erhalten und über die Flut der Manipulationsversuche der Industrie. Der niedergelassene Arzt Dr. Eckhard Schreiber-Weber schilderte lebendig, wie Ärzte "gekauft" werden, aber auch wie man sich unabhängig informieren und austauschen kann.



In der AG *Schöne neue Pillenwelt* ging es um globale Vermarktungsstrategien und Gesundheit. Dr. Gopal Dabade, Arzt aus Indien, zeigte an einigen Beispielen, dass viele nutzlose Arzneimittel von deutschen Firmen in Indien angepriesen werden. Dr.



Wilbert Bannenberg, WHO-Berater in Südafrika, zeigte auf, wie dramatisch die Situation der vielen AIDS-Kranken in Südafrika ist, die immer noch keinen Zugang zu AIDS-Medikamenten haben. Christel Albert, die sich seit vielen Jahren als Pharmazieberaterin in Dritte Welt-Ländern für rationalen Arzneimittelgebrauch einsetzt, machte noch einmal die Kluft zwischen dem Überangebot an irrationalen Mitteln und dem Mangel an sinnvollen Medikamenten deutlich.

Wie die weibliche Selbstbestimmung und Lebensplanung medikalisiert wird, beschäftigte die Arbeitsgruppe *Das Geschäft mit der Fruchtbarkeit* unter Leitung der reproductive rights Aktivistin Annette Will. Der Versuch der Pharmaindustrie, Frauen in praktisch allen Lebensphasen mit Pillen und Salben zu "begleiten", wurde scharf kritisiert. Normale Zustände werden zu Krankheiten umdefiniert. Aber auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen müssen sich ändern, damit Frauen selbstbestimmter han-

deln können und weniger dem Druck ausgesetzt sind, ihr Leben durch Medikamente zu regulieren.

Im Abschlussplenum brachten die Arbeitsgruppen eine Fülle von Kritikpunkten und Aktionsideen vor. Neben einem "Aufstand der Fachleute" gegen Fehlinformation und Manipulation wurden bessere politische Rahmenbedingungen in der Gesundheitspolitik gefordert. Einen kleinen Schritt vorwärts bedeutete da die Zusage des SPD-Bundestagsabgeordneten Horst Schmidtbauer, die KritikerInnen künftig zu regelmäßigen Gesprächen nach Berlin einzuladen, damit ihre Standpunkte mehr Gehör finden.

Das Abendprogramm begann mit einer Vorführung der Straßentheatergruppe *Schluck & weg* der Pharma-Kampagne. Das Stück ist eine "Sendung mit der Maus". Die Maus besucht ihre afrikanische Schwester, die AIDS hat und sich keine Medikamente leisten kann. Der Versuch, preiswerte Mittel zu bekommen, wird von der Pharmaindustrie durch das Patent-



schutzabkommen TRIPS zunächst verhindert, aber Maus und Elefant schaffen es, die Politiker zum Handeln zu zwingen. Die SchauspielerInnen bekamen reichlich Beifall.

Durch den Abend führte charmant



der Ex- *Schluck & weg* Mitspieler Jo Mühlberger, der den Gästen allerlei interessante und witzige Statements entlockte. Künstlerisch untermalt wurde das Ganze durch die Steel-

drum- Band *Port of Pan*, einen indischen Tanz von Pooja Dabade, der Tochter unseres Kollegen, das Saxophon Quartett *Sax-Appeal* und *Wooden Music*. Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass alle Beteiligten ihre Gage der Pharma-Kampagne spendeten, ebenso wie sämtliche ReferentInnen des Tages.

Über die inhaltlichen Ergebnisse des Symposiums werden wir in den nächsten Ausgaben des *Pharmabriefs* ausführlicher berichten.

Grüße aus aller Welt

Hier einige der Grüße, die zum Jubiläum der BUKO Pharma-Kampagne eintrafen.

We got to know over here that you are celebrating the jubilee of your 20 years long campaigns against German and International Pharma Companies and their reckless profit mechanisms over human health and human rights. I would like to thank

you so very much for having supported our struggle to get access to affordable medication generics for our HIV/ AIDS sick people, to reduce their immense suffering to prolong their lives. The victory however is incomplete and we should be aware that we still must join hands to continue the struggle [..]
Amandla

Treatment Action Campaign (TAC) and Confederation of South African Trade Unions (COSATU)

[..] Ihr gehört zu den ganz wenigen, die die Bemühungen der "68er" erfolgreich aufgegriffen und wirkungsvoll fortgeschrieben habt. Eure Informationen, Eure Öffentlichkeitsarbeit, Eure Recherchen und Eure Unbestechlichkeit schätze ich sehr. [...]

Ingeborg Simon, Gesundheitspolitische Sprecherin der PDS-Fraktion im Berliner Abgeordnetenhaus

Lieber Jörg, liebe Bukisti, Ich sende euch herzliche Glückwünsche und

wünsche alles Gute zu BUKO's 20tem Geburtstag. Es liegt in der Natur eurer Kampagne zu glauben, dass Habgier sich immer gegen die Vernunft durchsetzen wird, aber dieses Jahr hat einige bemerkenswerte Siege der Vernunft gebracht, von Südafrika bis Doha. [...]. Ich bin traurig, dass ich heute nicht bei euch sein kann, aber ich habe die besten Gründe dafür. Mit etwas Glück werden wir aus dem "Ewigen Gärtner" einen guten Film machen, der seine Botschaft Millionen Leuten nahe bringen wird, die das Buch niemals aufschlagen würden. Natürlich hoffe ich, dass die noble Organisation Hippo alias BUKO eine Hauptrolle in dem Film spielen wird, denn es war der BUKO, der mir, als ich anfang zu recherchieren, die Augen für die Missetaten der Pharmaindustrie öffnete. Mit nochmaligen Glückwünschen, Dank und ganz herzlichen Grüßen an euch alle,

David Cornwell alias John le Carré

Um Missverständnissen vorzubeugen

von Jürgen Große

Es ist kein Geheimnis, dass die Mitgliederzahl des VDPP seit Jahren stagniert. Wenigen Austritten stehen wenige Eintritte gegenüber. Dies führt dazu, dass das Durchschnittsalter der Mitglieder stetig steigt. Aufmerksamen LeserInnen ist nicht entgangen, dass der Rundbrief seit zwei Ausgaben in einer geringfügig größeren Schrift gedruckt wird, wenn uns keine Verjüngung gelingt, dann werden wir in näherer Zukunft auch über Herausgabe einer Rundbrief-Hörkassette nachdenken müssen.

Die letzten zwei Beitritte zu unserem Verein sind da ein Lichtblick, sie erfolgten beide über unsere Website (<http://www.vdpp.de>). Nachdem vielfältige Versuche, Kontakte zu den Pharmazie-Fachschaften zu knüpfen, immer wieder mehr oder weniger im Sande verliefen, scheint unsere Internet-Präsenz tatsächlich ein Weg zu sein, auch jüngere KollegInnen anzu-

sprechen. Eine weitere Verbesserung unseres Netzauftritts und vor allem auch mehr Verlinkungen erscheinen hier vielversprechend.

Nicht die erfreulichen Beitritte sondern die betrüblichen letzten zwei Austritte aus dem VDPP sollen allerdings das wesentliche Thema dieses Beitrags sein.

Eine Kollegin schrieb, sie könne sich mit dem VDPP-Programm in seinen wesentlichen Punkten nicht mehr identifizieren. Sie wünschte uns viel Erfolg bei unserer Arbeit, soweit diese die Förderung des physischen, psychischen und sozialen Wohlergehens der Menschen zum Ziel habe. Sie sprach sich dagegen aus, dass Pluralismus und Vielfalt staatlichen Regulierungs- und Vernichtungsstrategien erlängen.

Ein anderer Kollege bezeichnete Ver-

sandapotheken und andere Vorstellungen der Krankenkassen, denen in der Diskussion breiter Raum eingeräumt werde, als für ihn existenzbedrohend. Die Erhöhung des Kassenrabattes werde ihm schon zu schaffen machen, und Kassenvertreter seien für ihn keine Diskussionspartner mehr sondern nur noch politische Gegner.

Der Umstand, dass das zuletzt genannte Schreiben die Geschäftsstelle unmittelbar nach der Auslieferung des letzten Rundbriefes erreichte, legt die Vermutung nahe, dass der letzte Rundbrief (mit dem Versandapotheken-Schema auf der Titelseite) das Tröpflein war, das das Fass bei dem Kollegen zum Überlaufen gebracht hat. Auch bei dem zuvor genannten Austritt erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass die Kollegin der Ansicht ist, der VDPP unterstütze staatliche Regulierungs- und Vernich-

tungsstrategien oder setze ihnen zumindest nichts oder nicht genügend entgegen.

Der VDPP ist keine berufsständische Vereinigung sondern vielmehr ein gemeinnütziger Verein. Dies heißt nun ganz und gar nicht, dass der VDPP die Vertretung berufsständischer Interessen für illegitim hielte, er setzt für *seine* Arbeit nur andere Schwerpunkte. Ich habe persönlich überhaupt keine Probleme damit, gleichzeitig Mitglied des VDPP und des Apothekervereins zu sein, und es dürfte vielen KollegInnen so gehen. Bei meiner Arbeit im VDPP steht allerdings die Frage im Vordergrund, was gut für die Arzneimittelversorgung der Allgemeinheit ist, für die Frage, was gut für selbständige und / oder angestellte Apotheker ist, sind andere Verbände zuständig. Das hindert mich aber nicht daran, auch in meiner Apotheke Unterschriften gegen den Versandhandel zu sammeln.

Ich kann mir durchaus andere und bessere Formen der Arzneiversorgung vorstellen, als die derzeit üblichen, das, was Krankenkassen und diverse Gutachter sich vorstellen (Versandapotheken, Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbots, Abschaffung der Preisbindung), geht für mich aber definitiv in die falsche Richtung. Dass unser Gesundheits- und Arzneimittelwesen zahlreiche Schwächen hat, erscheint mir offensichtlich, ebenso offensichtlich erscheint mir aber auch, dass es durch-

aus Veränderungen geben kann, die massive Verschlechterungen der Versorgung mit sich brächten.

Gemeinnützige Vereine, Stiftungen oder kommunale Gebietskörperschaften als Träger von Gesundheitseinrichtungen und auch von Apotheken erscheinen mir möglich, nicht nur als Modellversuche *neben* den derzeitigen Strukturen sondern auch als *Ersatz* dieser. Dabei ist aus meiner Sicht aber unabdingbar, dass der Umbau sozialverträglich erfolgt, d. h. dass den in den heutigen Strukturen selbständig tätigen KollegInnen (und natürlich auch ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen etc.) die Möglichkeit gegeben wird, in den neuen Versorgungsformen zu arbeiten, und dass ihnen ihre erbrachten Investitionen zu angemessenen Preisen abgekauft werden.

Neue Strukturen bedürfen auch einer demokratischen Kontrolle. Ich sehe bei Bundes- oder Landesbehörden sowie bei zentral organisierten Krankenkassen nicht, wie diese effektiv funktionieren könnte, und kann mir deshalb auch allenfalls kommunale Körperschaften als mögliche Träger vorstellen.

Jegliche weitere Kommerzialisierung des Gesundheitswesens dient den Interessen der PatientInnen mit Sicherheit nicht. Eine generelle Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes, eine Zulassung von Versandapotheken und eine Aufhebung der Arzneipreisverordnung lehne ich

deshalb ab und meine, hier auch für die Mehrheit der, wenn nicht für alle, Vorstandsmitglieder sprechen zu können. Natürlich gibt es auch Mitglieder, die dies anders sehen, insofern sehe ich der Diskussion während der Mitgliederversammlung mit Spannung entgegen..

Nun gibt es – nicht nur innerhalb des VDPP – zu diesem Thema auch andere Ansichten. Dass diese in der gesundheitspolitischen Diskussion eine gewisse Bedeutung haben, sehen wir u. a. an dem Beschluss des "Runden Tisches" zum Versandhandel mit Arzneimitteln.

Ich halte es für geboten, diese Ansichten auch hier im Rundbrief zu dokumentieren, damit die Mitglieder sie im Original und nicht nur verkürzt in der sonstigen Fachpresse lesen können. Dies bedeutet keinesfalls, dass die Rundbrief-Redaktion oder der Vorstand diese Ansichten nun teilen würde.

Im Gegenteil: Wenn ich sehe, dass meine tägliche Arbeit in der Apotheke und die Arbeit Tausender anderer KollegInnen von manchen nur als "Distributionskosten" wahrgenommen wird, dann empfinde ich das als mehr als ärgerlich. Ich hoffe aber, dass wir als VDPP auch Diskussionspartner erreichen, für die die ABDA nicht unbedingt ein vorrangiger Gesprächspartner ist, um ihnen gegenüber deutlich zu machen, dass in der Apotheke keinesfalls lediglich "distribuiert" wird.

TERMINE

VDPP-Mitgliederversammlung 2002

14. – 16. Juni 2002 in Hannover, Hanns-Lilje-Haus, Knochenhauerstraße 33, 30150 Hannover.

Regionalgruppe Berlin

Die Regionalgruppe trifft sich an jedem 3. Dienstag im Monat um 20 Uhr im Café Savarin, Kulmer Straße 17, 10783 Berlin. *Nächste Termine: 19. Juni, 17. Juli, 21. August 2002.*

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle

zwei Wochen mittwochs um 20 Uhr bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg. *Nächste Termine: 12. und 26. Juni, 10. und 24. Juli, 7. und 21. August 2002.*

Regionalgruppe Hessen

Die Treffen finden unregelmäßig in der Arche Nova, Kasseler Straße 1a, 60486 Frankfurt/M., gegenüber vom Westbahnhof, statt. *Das nächste Treffen wird am 17. Juni 2002 stattfinden.* Weitere Termine sind bei Christl Trischler zu erfragen, Tel. (0 61 50) 8

52 34 (p), 8 19 19 (d), E-Mail heegbach-apotheke@t-online.de.

VDPP-Vorstand

Nächstes Treffen: Freitag, 14. Juni 2002, 20.00 Uhr im Hanns-Lilje-Haus, Hannover.

Alle Termine ohne Gewähr. Bitte fragt vorher bei der Geschäftsstelle oder bei den regionalen Kontaktleuten nach, da die Termine sich gelegentlich verschieben können.

Stellungnahme zum Antrag der Abgeordneten Dr. Thomae, Parr und Kollegen "Zur Abschaffung der Liste verordnungsfähiger Arzneimittel" (BT-Drucksache 14 / 6571)

Im Folgenden soll auf die einzelnen Punkte der Begründung des Antrags "Zur Abschaffung der Liste verordnungsfähiger Arzneimittel" (BT-Drs. 14 / 6571) eingegangen werden:

"1. Die Positivliste stellt eine eklatante Gefährdung für die Arzneimittelforschung und für die Innovation neuer Produkte dar. ..."

Das Gegenteil ist der Fall: Bei den Arzneimitteln, deren Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV durch die Positivliste eingeschränkt werden soll, handelt es sich gerade nicht um wirksame innovative Produkte. Zu einem nicht unwesentlichen Teil sind es sich vielmehr solche Arzneimittel, die beim Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes 1978 bereits auf dem Markt waren, und deren Herstellern es bis heute nicht gelungen ist, einen Wirksamkeitsnachweis für sie zu erbringen.

Für die Hersteller innovativer Arzneimittel und für die Arzneimittelforschung bedeutet die Positivliste eher einen Gewinn. Die Mittel, die von der GKV bislang für umstrittene Arzneimittel aufgewandt wurden, könnten zukünftig für wirkliche Innovationen verwendet werden.

Angesichts dessen, dass ein weiterer überproportionaler Anstieg der Arzneimittelausgaben kaum wahrscheinlich ist, dass aber andererseits durchaus ein Bedarf nach zwangsläufig hochpreisigen innovativen Therapiemöglichkeiten besteht, kann auf den Ausschluss fragwürdiger Arzneimittel von der Erstattungsfähigkeit durch die GKV nicht verzichtet werden.

"2. Die Positivliste als zweites Zulassungsverfahren ist auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung überflüssig. ..."

Die Zulassungspraxis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und seines Vorgängers wird man im internationalen Maß-

stab kaum als übermäßig restriktiv bezeichnen können. Insofern ist in der Arzneimittelversorgung eine Qualitätsverbesserung durch eine zusätzliche Zulassungshürde durchaus möglich.

Der Verzicht auf eine Bedarfsprüfung bei der Zulassung nach dem AMG und auf eine regelmäßige Überprüfung der erfolgten Zulassungen macht es möglich, dass für ein und dasselbe Indikationsgebiet durchaus Arzneimittel unterschiedlicher Zweckmäßigkeit auf dem Markt sind. Wann genau das Nachzulassungsverfahren für die 7.300 noch zu prüfenden Arzneimittel abgeschlossen sein wird, erscheint ebenfalls nur schwer absehbar. Insofern ist eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Positivliste durchaus wahrscheinlich.

"3. Die Positivliste führt nicht zu den erwarteten Einsparungen im Arzneimittelbereich. ..."

Kosteneinsparungen sind auch nicht das primäre Ziel der Positivliste, in erster Linie ist sie als Instrument der Qualitätssicherung gedacht. Einsparungen von ca. 3,5 Mrd. Euro durch die Positivliste allein erscheinen in der Tat übertrieben, werden wohl aber auch ernsthaft nicht behauptet.

Tatsächlich entfielen laut "Arzneiverordnungsreport 2001" im Jahre 2000 10,4 % des GKV-Arzneimittelumsatzes auf umstrittene Arzneimittel, dies entspräche ca. 2 Mrd. Euro. Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung für Patientinnen und Patienten ist es bemerkenswerter, dass der Anteil an den Verordnungen bei 20,5 % lag, dass also immerhin jede fünfte Arzneiverordnung auf Arzneimittel fragwürdigen Nutzens erfolgte.

Auch 2 Mrd. Euro sind kein Betrag, der ganz und gar vernachlässigt werden kann, insbesondere dann nicht, wenn dieser Betrag zum größten Teil für Arzneimittel ausgegeben

wird, auf die in vielen europäischen Staaten problemlos verzichtet werden kann, ohne dass dort die allgemeine Gesundheit darunter litte.

"4. Eine weitere Senkung der Arzneimittelausgaben ist durch eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nicht erreichbar... Im Gegenteil besteht die Gefahr, dass... massive Substitutionseffekte entstehen, die zu einer Verteuerung der Arzneimittelversorgung führen."

Bei ungefähr der Hälfte der umstrittenen Arzneimittel ist die zweckmäßige Alternative kein anderes Arzneimittel sondern eine nichtmedikamentöse Therapie. Die Kosten lassen sich hier nur schwer beziffern, in einigen Fällen (so etwa der Ersatz von Expektorantien durch ausreichende Wasserzufuhr) liegen sie nahe bei Null.

Bei einer einzigen vom Umsatz her bedeutenden Gruppe umstrittener Arzneimittel wären deutliche Verteuerungen der Therapie bei der Substitution durch zweckmäßige Arzneimittel zu erwarten, beim Ersatz pflanzlicher Prostatamittel durch adrenerge Alpha,-Rezeptorenblocker oder durch 5 α -Reduktasehemmer. Im Durchschnitt aber sind die zweckmäßigen Alternativen zu umstrittenen Arzneimitteln eher preiswerter, es wäre mit Substitutionskosten von ca. 0,7 Mrd. Euro zu rechnen, so dass immer noch ein Einsparpotential von 1,3 Mrd. Euro verbliebe.

"5. Wer dirigistische Marktzugangs-schranken einführt, reduziert den Wettbewerb. ... Ein Markteingriff zieht dabei weitere Markteingriffe nach sich. ..."

Von idealen Wettbewerbsbedingungen kann auf einem Markt, bei dem die Konsumenten eines Produktes weder über die Auswahl des Produktes entscheiden noch es bezahlen, ohnehin kaum die Rede sein. Tatsächlich ist es doch so, dass aus

Zwangsbeiträgen aller Versicherten die Preise der Waren bis auf die Selbstbeteiligung von 4,-, 4,50 oder 5,- Euro subventioniert werden.

Ein wirklicher Markt darf im Arzneimittelbereich nicht existieren, da alle Krankenversicherten unabhängig von ihrem Einkommen einen Anspruch auf eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung haben. Wenn wir also Marktmechanismen lediglich simulieren können, was für die Preise etwa durch die Festbetragsregelung geschieht, so besteht überhaupt keine Veranlassung, die Qualität hier nicht zu berücksichtigen. Eben dies leistet die Positivliste: die Simulierung von Marktgeschehen im Bereich der Qualität von Arzneimitteln.

Die Positivliste würde auf einem bislang immer noch sehr einseitigen Markt, auf dem ein Qualitätswettbewerb eben kaum stattfindet, erst so etwas wie Marktmechanismen wirken lassen.

"6. Eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel führt zu sozialen Härten. ..."

Dieses Argument ist durchaus ernst zu nehmen, sieht man doch, dass auf dem Gebiet der ambulanten Therapie durch "individuelle Gesundheitsleistungen" (IGEL) schon eine nicht unbeträchtliche zusätzliche Belastung von Patientinnen und Patienten stattfindet. Zu den IGEL zählen Leistungen, die eigentlich in den Leistungskatalog der GKV gehören ebenso wie Leistungen, die eigentlich überhaupt nicht erbracht werden sollten, da sie mit mehr unerwünschten Wirkungen als Nutzen verbunden sein können.

Angesichts dessen, dass die Positivliste von unabhängigen Sachverständigen zusammengestellt wird, ist die Gefahr als gering anzusehen, dass sie tatsächlich zweckmäßige Arzneimittel ausschließt. Es besteht aber durchaus die Gefahr, dass weniger zweckmäßige Arzneimittel verstärkt beworben werden, und dass dies zu einer zusätzlichen Belastung führt. Dem könnte man aber z. B. durch ein Verbot der Laienwerbung für Arzneimittel wirksam entgegenre-

ten.

"7. Die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel belastet das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. ... Den Ärzten werden pharmakotherapeutische Interventionsmittel aus der Hand genommen und es besteht die Gefahr, dass therapeutische Lücken entstehen. ..."

Die Befürchtung, das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen und Patientinnen müsste unter der Positivliste leiden erscheint vollkommen unbegründet. Tatsächlich ist es so, dass heute ohne eine solche Liste Verordnungswünsche nach umstrittenen Arzneimitteln zu Diskussionen in den Praxen und Apotheken führen, die das Vertrauensverhältnis durchaus belasten können.

Die Positivliste würde für Ärztinnen und Patientinnen mehr Klarheit schaffen, die Begründung der Ablehnung von rational unbegründeten Wunschverordnungen wäre erheblich einfacher.

Auch die Gefahr des Entstehens "therapeutischer Lücken" ist eher als gering anzusehen. Einerseits ist es ja so, dass bei der Auswahl der in die Liste der Positivliste aufzunehmenden Arzneimittel alle Indikationsgebiete berücksichtigt werden sollen, andererseits sollte es aber auch nicht selbstverständlich sein, dass jeder Arztbesuch mit einer Arzneiverordnung endet. Dies scheint in Deutschland zwar fast der Regelfall zu sein, in anderen europäischen Ländern mit durchaus vergleichbarem Gesundheitsstandard ist dies weniger selbstverständlich.

"8. Positivlisten sind medizinisch kaum zu verantworten. In letzter Konsequenz bedeuten sie Therapiestandards, obwohl es den Standardpatienten nicht gibt."

Das Instrument der Positivliste wird mittlerweile in den meisten EU-Staaten angewandt, ohne dass dies hier zu einer Verschlechterung von Therapiestandards geführt hätte. Es gibt keinen vernünftigen Grund für die Annahme, dass gerade deutsche Patientinnen und Patienten einer

"individuelleren" Arzneitherapie als andere Europäer bedürfen. Davon abgesehen soll es ja in begründeten Ausnahmefällen durchaus möglich bleiben, Arzneimittel außerhalb der Positivliste zu verschreiben.

"9. Eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel ist angesichts der Komplexität des deutschen Arzneimittelmarktes nicht in der Lage, ein fehlerfreies Abbild verschreibungsfähiger Arzneimittel zu gewährleisten, wie intensive, kontroverse Diskussionen über schwierige Bewertungsfragen in Bezug auf einzelne Arzneimittel sowie Arzneimittelgruppen zeigen."

Die Komplexität des deutschen Arzneimittelmarktes wird mit Recht allgemein eher als Problem denn als Glücksfall angesehen. Wenn wir betrachten, dass manche europäische Staaten mit einem sehr hohen Standard des Gesundheitssystems mit einem Bruchteil unserer ca. 50.000 Arzneimittel auskommen, dann erscheint die Positivliste eher als eine Chance zur Eindämmung dieses Wildwuchses.

Selbstverständlich kann es bei einzelnen Arzneimitteln oder Arzneimittelgruppen durchaus unterschiedliche Ansichten über deren Zweckmäßigkeit geben, dies gilt aber auch für nichtmedikamentöse Therapien und für Diagnosemaßnahmen und entscheidet nicht von der Verantwortung, Entscheidungen über sie zu fällen.

"10. Der Stellenwert der Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen wird durch eine Positivliste deutlich in Frage gestellt. ..."

Soweit die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen in den Hauptteil der Positivliste aufgenommen werden, da sie den üblichen Standards hinsichtlich einer Beurteilung ihrer Zweckmäßigkeit entsprechen, werden sie eher aufgewertet als stigmatisiert. Soweit dies nicht möglich ist, bleiben sie durch ihre Auflistung im Anhang dennoch verschreibungsfähig.

Herstellern, die mit dieser für ihre Produkte ausgesprochen großzügigi-

gen Regelungen nicht einverstanden sind, bleibt es unbenommen, einen Wirksamkeitsnachweis zu erbringen, der den Kriterien für andere Arzneimittel entspricht.

Fazit:
Die Argumentation der Antragsbegründung vermag nicht zu überzeugen. Im Interesse einer rationalen Arzneitherapie ist die Positivliste

überfällig. Ihr baldiges In-Kraft-Treten ist nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität sondern auch ordnungs-, industrie- und innovationspolitisch geboten.

Stellungnahme des VDPP zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Apothekengesetzes

BT-DS 14/756, einschl. der Ausschussdrucksache 1337 neu

von Katja Lorenz

Bevor der vorliegende Entwurf kommentiert wird, scheint eine Bemerkung zum Zeitplan notwendig. Es ist uns unverständlich, warum derart wichtige Änderungen nach der Anhörung im Dezember 2000 (!) so lange bearbeitet (oder auf Eis gelegt?) wurden. Auch ein Ministerinnenwechsel darf nicht dazu führen, dass Entscheidungen, die Erleichterungen in der Betreuung ohnehin stark belasteter PatientInnen bringen können, nicht getroffen werden.

Sei es drum: Der nun vorgelegten Fassung können wir grundlegend zustimmen, und das in größerem Maße als zur damaligen Anhörung. Endlich haben wir sogar das Gefühl, dass Anhörungen wohl doch der Meinungsbildung der Ausschussmitglieder dienen können und nicht nur - wie oft erlebt - dem Austausch altbekannter Positionen. Das macht uns als ehrenamtlich tätigem Verein doch Hoffnung!

Zu den einzelnen Änderungen:

Der ersten Ergänzung zu **§11 zum Umgang mit Zytostatikazubereitungen** haben wir bereits in der damaligen Fassung zugestimmt. Auch der zweite Vorschlag ist praktisch gedacht: die Apotheke, die über das entsprechende know-how verfügt, stellt die Zubereitung her. Die abgebende Apotheke rechnet nach der AM-Preisverordnung ab und bekommt damit ihre Leistungen im Rahmen der Betreuung der PatientInnen bezahlt. Soweit der Idealfall. Wir hatten aber schon damals nachdrücklich darauf hingewiesen, dass

es diesen in der Praxis dieses finanziell lukrativen Gebietes immer weniger gibt. Dieser Bereich ist stark korrupt: die Rezepte werden nach Absprachen mit finanziellem Gewinn bestimmten Apotheken zugeordnet, diese erlassen "dafür" den PatientInnen die Zuzahlung. Die PatientInnen kommen gar nicht in der Apotheke und sind damit für die pharmazeuti-



sche Betreuung, die gerade sie benötigen nicht erreichbar. Oft wissen sie nicht, dass diese möglich ist und ihnen zusteht!

Wir haben den Eindruck, dass der Gesetzgeber zu wenig Interesse hat, dieses Vorgehen zu unterbinden. Abgesehen von der Ungesetzlichkeit, werden dadurch die PatientInnen gerade in dieser sehr schwierigen Lage nicht optimal betreut. Der geänderte **§12 zur Versorgung der Pflegeheime** ist in dieser Form viel klarer, eindeutiger formuliert. Viele unserer Forderungen fließen

ein: die Genehmigung des Vertrages im Wortlaut, die Festschreibung der Information und Betreuung durch den Apotheker, die freie Apothekenauswahl gerade auch für mobile Bewohner, die Ausschließung der Monopolstellung einer Apotheke. Das ist sehr gut geworden. Aus unserer Sicht sollte trotzdem eine Begrenzung der Laufzeit der Verträge aufgenommen werden. Änderungen in den Gegebenheiten und Bedürfnissen beider Vertragspartner geschehen oft schleichend. Durch eine begrenzte Laufzeit könnten diese problemloser in die Vertragsgestaltung eingehen. Gerade auf diesem Gebiet schmerzt der Zeitverlust. Die Zustände in der AM-Versorgung der Pflegeheime schreien geradezu nach dieser Festlegung. In der Zwischenzeit machen sich leider einige Apotheken den rechtsfreien Raum und die Not der Pflegedienstleiter zu Nutze und bieten diesen dubiose Verblisterungsdienste an. Das hätte verhindert werden können!

Der Entwurf sieht hier eine Ausnahmeregelung vor. Der Paragraph soll erst ein Jahr später in Kraft treten. Das ist nahe liegend. Aber die Dringlichkeit kann nicht genug betont werden!

Auch der **§14 zu den Aufgaben der Krankenhausapotheken** hat seit der letzten Anhörung gewonnen. Nochmals muss aber auf folgendes hingewiesen werden: Bei der Mitgabe von AM für die Wochenendversorgung muss gewährleistet sein, dass die PatientInnen ausreichend beraten werden. In wessen Verantwortung wird

das liegen? Macht das in diesem Fall der entlassende Arzt? Die Krankenhausapotheker sehen die PatientInnen meist leider gar nicht. Sicher darf es keine Tütenübergabe durch die Schwester sein.

In der letzten Anhörung hatten wir auch schon darauf hingewiesen, dass eine Funktionserweiterung für die Krankenhausapotheke zwingend mit einem größeren personellen Aufwand einhergeht. Der damals schon deutliche Trend in die andere Richtung, hat sich leider nur rasant verstärkt, wie man auch gut in Berlin beobachten kann. Da plant Vivantes die Schließung aller beteiligten Krankenhausapotheken "zu Gunsten" eines Versorgungszentrums. Dessen

Lage wird danach ausgesucht, dass jedes Krankenhaus in einer Stunde erreichbar sein soll. Das ist das Aus für jegliche pharmazeutische Betreuung der Patienten. Das ist nicht mal mehr Versorgung. Das ist reine Belieferung!

Die Beratungspflicht zum wirtschaftlichen Verschreibungsverhalten der Krankenhausapotheke gegenüber den Ärzten, schärft hoffentlich deren Blick auf die Probleme der Praxiskollegen mit der Patientencompliance, wenn sie von Original auf Generikum umstellen müssen.

Die Herausnahme der Pflegeheime aus Absatz 6 ist aus genau den genannten Gründen richtig. Zu viele

grundlegende Entscheidungen müssen zuvor getroffen werden. Leider wird entgegen aller Hoffnungen das in dieser Wahlperiode nicht mehr geschafft und in der nächsten hoffentlich nicht wieder soweit rausgeschoben.

Die Entscheidung zum **§311 Abs. 2 SGB V** ist überfällig. Auch hier wurde wertvolle Zeit verschenkt. Zeit, die viele dieser Zentren nicht hatten. Den wenigen überlebenden Einrichtungen wird nun wenigstens eine Zukunft möglich.

BUCHBESPRECHUNGEN

Gerd Dieckvoß

Wie kam Krieg in die Welt?

Ein archäologisch-mythologischer Streifzug

Konkret Literatur Verlag, Hamburg, 2002, 335 Seiten, ISBN 3-89548-211-1, 22,50 Euro

Es handelt sich offensichtlich um ein Buch, das mit Pharmazie oder mit Gesundheitspolitik im engeren Sinne eher wenig zu tun hat. Gerd Dieckvoß ist Apotheker und Gründungsmitglied des VDPP, er war auch Mitglied des 1989 gewählten ersten Vorstands. Wer sich der Vorgeschichte unseres Vereines entsinnt, weiß, dass zu unseren Wurzeln auch Friedensinitiativen von PharmazeutInnen gehörten. Es kann gerade auch angesichts der zunehmenden Beteiligung der BRD an gewaltsam ausgeprägten internationalen Konflikten nicht schaden, an unsere Anfänge zu erinnern.

Der Autor untersucht die Frage, ob Krieg zu einem bestimmten Zeitpunkt der Geschichte erstmalig in Erscheinung trat, ob also eine Zeit existiert habe, in der Krieg noch un-



bekannt war, wie dies von einigen antiken Schriftstellern angenommen wurde. Anhand archäologischer Funde und mythologischer Überlieferungen geht er der Frage nach, unter welchen kulturellen, religiösen und

sozialen Strukturen unterschiedlicher Kulturen die Entstehung kriegerischer Auseinandersetzungen gefördert oder gehemmt wurde.

Dabei geht er rückwärts auf der Zeitachse durch einzelne Epochen, von der Kultur Babylons zur Eiszeit, von germanischen Göttern und Wikingen bis zur Mittelsteinzeit, einem archäologischen Schichtenmodell entsprechend. Es erfolgt ein prähistorischer Streifzug, der die Grenze zur schriftlosen Zeit sehr schnell überschreitet und den Schwerpunkt auf aus der Archäologie und Mythologie überlieferte legt. Darüber hinaus werden die Rollen und Rechte der Frauen in verschiedenen Kulturen beleuchtet, um daraus einen Zusammenhang zu Entstehung oder Vermeidung von Krieg abzuleiten.

Im ersten Teil werden exemplarisch Kulturen im Mittelmeerraum, Ägypten und Mesopotamien untersucht, wo erste Beispiele von Stadtkulturen

und Reichsbildungen, die Mittel und Motive kriegerischer Auseinandersetzungen hervorbrachten, zu finden sind. Wer Gerd kennt, ist nicht verwundert, dass Kreta bei seinen Untersuchungen ebenfalls angemessen berücksichtigt wird.

Der zweite Teil befasst sich mit den Kulturen Nordeuropas, wo die Entstehung von Stadtzivilisationen später einsetzte, von den Wikingern über die Bronzezeit bis zu den Rentierjägern des Ahrensburger Tunneltals bei Hamburg.

Anhand einer Zwischenbilanz und eines Schlussteils, in dem er sich auch mit biologistischen Ansätzen der Erklärung menschlicher Aggression auseinandersetzt, versucht der Autor ein Fazit der Entstehung von Krieg.

In seinem Vorwort stellt der Hamburger Archäologe Lambert Schneider den Autor in eine Denktradition mit Friedrich Engels, George Thomson und Ernest Bornemann. Er schließt mit den Worten: "Ich wünsche diesem grundlegenden Beitrag zur Gen-

der- und Friedensforschung aufgeschlossene Rezeption und Diskussion. Er bietet durch die Fülle seiner archäologisch-historischen Belege und durch seine eigenständige Argumentation Futter für neue Fantasie und für analytisches Weiterdenken auf eine Zukunft ohne Krieg hin."

Was soll man dem noch hinzufügen? Das Buch gehört in das Bücherregal nicht nur jeder Rundbriefleserin.

Jürgen Große

G. Beisswanger, G. Hahn, E. Seibert, I. Szász, C. Trischler Frauen in der Pharmazie - Die Geschichte eines Frauenberufes

Deutscher Apotheker Verlag Stuttgart, 2001, 128 Seiten,
ISBN 3-76922-905-3, 19,80 Euro

Auch wenn noch heute Apothekenleiterinnen, die einen Praktikanten einstellen, damit konfrontiert werden, dass dann manche KundInnen lieber vom "Chef" beraten werden



wollen: der hohe Frauenanteil in Apotheken wird weithin als selbstverständlich betrachtet. Wie es zu dieser Entwicklung kam, erzählen Gabriele Beisswanger, Gudrun Hahn, Evelyn Seibert, Ildikó Szász und Christl Trischler. Die Geschichte ihres Buches ist ungewöhnlich: Zehn Jahre

der Beschäftigung mit einer bis dahin so gut wie nicht erforschten Materie vergingen von den ersten Ideen über die Ausstellung "Ohne und mit akademischen Weihen - Frauen in der Apotheke" zum Apothekertag 1999 in Leipzig bis zum Erscheinen des Buches im vergangenen Jahr. Ob soviel Ausdauer, Kooperationsfähigkeit und Hartnäckigkeit typisch weiblich sind?

Der alte Streit um "typisch männliche" und "typisch weibliche" Berufe wird natürlich auch thematisiert: im letzten Kapitel gibt es dazu einen Ausflug in die Berufssoziologie.

Bis dahin erfahren die Leserinnen (und hoffentlich auch zahlreiches Leser) vieles über die Vorgängerinnen der heutigen Apothekerinnen, PTA und PKA (es ist ein großes Plus, dass auch die letzten beiden Gruppen berücksichtigt werden): angefangen von den heilkundigen Frauen der griechisch-römischen Antike über die Hausmütter und Schlossapothekerinnen des 16. und 17. Jahrhunderts und die Klosterapothekerinnen bis hin zu den Vorkämpferinnen für das Frauenstudium an der Wende zum 20. Jahrhundert. Breiten Raum nehmen das Ringen um die Öffnung des Pharmaziestudiums für Frauen ein und die Schwierigkeiten, mit denen die ersten Apothekerinnen zu kämpfen hatten: in Apotheke, Universität und bei dem Bestre-

ben, selbstständig eine Apotheke zu leiten.

"Ganz nebenbei" erfährt man auch einiges über die pharmazeutische Ausbildung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und über die Berufstätigkeit der Frau während des Nationalsozialismus und in der DDR (letzteres, wie ich aus eigenem Erleben sagen kann, eine sehr treffende und differenzierte Schilderung).

Dass die Ausführungen nicht nur informativ, sondern auch gut und spannend zu lesen sind, liegt zum einen an der ansprechenden Gestaltung des Buches mit kurzen Kapiteln, zahlreichen aussagekräftigen Fotos und Dokumenten und zum anderen an der Verbindung der allgemeinen Ausführungen mit kurzen Lebensbildern, in denen die jeweiligen Entwicklungen anschaulich werden und die zugleich heute weitgehend unbekanntes Pharmazeutinnen ein Denkmal setzen.

Für alle, die die Einordnung der pharmazeutischen Berufe als "typische Frauenberufe" nicht einfach unreflektiert hinnehmen möchten, aber auch die einfach mal wieder ein gut lesbares und schönes pharmaziehistorisches Buch lesen möchten, ist "Frauen in der Pharmazie" ein guter Kauf- oder Schenkentipp.

Anke Heinig

Protokoll des Vorstandstreffens vom 1. 4. 2001 in Berlin

Ort: Intercity-Hotel Berlin-Ostbahnhof

Tagesordnung:

- 1) Wahl von Versammlungsleiterin und Protokollführerin
- 2) Genehmigung der Tagesordnung
- 3) Protokoll des letzten Vorstandstreffens
- 4) Beschlusskontrolle
- 5) Bericht aus der Geschäftsstelle
- 6) Kassenbericht
- 7) Berichte aus den Regionen
- 8) Mitgliederversammlung 2001
- 9) Rundbrief/Newsletter
- 10) Herbstseminar
- 11) ADKA
- 12) Homepage/Öffentlichkeitsarbeit
- 13) Verbindung zu Fachschaften
- 14) E-Commerce/AGV-Stellungnahme dazu, Zusammenarbeit mit AGV
- 15) Verschiedenes

Teilnehmerinnen:

Christiane Hefendehl, Michael Höckel, Katja Lorenz, Thomas Schulz, Udo Ament
Entschuldigt: Isabella Sulger
Gast: Jürgen Große

TOP 1) Versammlungsleitung: Michael Höckel, **Protokoll:** Udo Ament

TOP 2) Tagesordnung: genehmigt s.o.

TOP 3) Protokoll des letzten Treffens: mit geringfügigen Änderungen genehmigt.

TOP 4) Beschlüsse des letzten Treffens: weitgehend umgesetzt

TOP 5) Bericht aus der Geschäftsstelle

(5.1) Die Erreichbarkeit der Geschäftsstelle ist besser geworden, seit die neue TK-Anlage installiert ist.
(5.2) Zur MV in Münster liegen bisher erst 9 Anmeldungen vor.

TOP 6) Kassenbericht

Der Kassenbericht für das Gesamtjahr 2000 liegt jetzt schriftlich vor. Aus dem Rahmen fallende Kosten sind nicht angefallen, jedoch ist das finanzielle Gebaren des Vereins noch immer so, wie es war, als er noch 25

zahlende Mitglieder mehr hatte. Das gesamte Beitragsaufkommen wird durch laufende Kosten (Rundbrief, Geschäftsstelle, MV, Vorstand, Spenden) aufgezehrt, weitere Aktivitäten (Seminare, Projekte u.a.) müssen aus Rücklagen finanziert werden. Das Vereinsvermögen ist seit mehreren Jahren rückläufig. Wir brauchen entweder neue Mitglieder oder wir müssen in Zukunft mehr Kostenbewusstsein entwickeln.

TOP 7) Regionalgruppen

(7.1) Hamburg: Wie gehabt Treffen in 14-tägigen Abständen. Beim letzten Mal waren 6 Personen anwesend. Es wurden regionale Themen behandelt.

(7.2) Berlin: Auf Betreiben von Ingeborg Simon hat sich eine Arbeitsgruppe gebildet, die ein Thesenpapier zum Thema "Weiterentwicklung des Berufsbildes der ApothekerInnen erstellen will. Näheres dazu s. unter TOP 15 "Verschiedenes".

(7.3) Hessen: Ansprechpartnerin ist Christl Trischler. Leider kennt die RB-Redaktion Christls E-Mail-Adresse nicht.

(7.4) Niedersachsen: Der Versuch, eine Regionalgruppe zu etablieren, muss als gescheitert betrachtet werden.

TOP 8) Mitgliederversammlung 2001

(8.1) Es ist alles gut in Vorbereitung. Die Tagesordnung ist erstellt, Der Finanzbericht ist erstellt, der Rechenschaftsbericht des Vorstandes liegt als Entwurf vor. Katja Lorenz wird ihn vortragen.

(8.2) Rechenschaftsbericht: Michael Höckel mahnt einige redaktionelle Änderungen an. Katja Lorenz möchte wissen, an welche Organisationen der VDPP Geld gespendet hat. Udo Ament wird seine Unterlagen konsultieren und es ihr mitteilen.

(8.3) Es wird auf jeden Fall noch eine Ausgabe des Rundbriefes vor der MV erscheinen - voraussichtlich Mitte Mai.

(8.4) Es konnte noch immer keine ReferentIn für den Vortrag gefunden werden. Denkbar wäre auch ein Bericht über die Aufgaben und die Arbeit des Iögd in NRW. Andererseits

stellt sich die Frage, überhaupt einen Vortrag abhalten zu wollen. Angesichts des zu erwartenden kümmerlichen Besuches der MV könnten wir uns blamieren. *Beschluss: Christiane Hefendehl und Thomas Schulz bemühen sich weiter um eine ReferentIn.*
(8.5) Es zeichnet sich leider immer noch kein ausreichendes Interesse an einem Vorstandsposten ab, um einen arbeitsfähigen Vorstand wählen zu können. Der entsprechende Aufruf "Vorstand gesucht" ist gerade erst erschienen, eine etwaige Reaktion bleibt abzuwarten (nada - inzwischen 11 Anmeldungen zur MV, Stand 14. 6. 2001, der Protokollführer).

TOP 9) Rundbrief

(9.1) Die Produktionskosten für den Rundbrief sind zu hoch. Dies hat damit zu tun, dass der Rundbrief in Kassel gedruckt wird, aber der Versand an die EmpfängerInnen von Hamburg aus erfolgt. Also fallen erhebliche Transportkosten an, um die Gesamtauflage des RB von Kassel nach Hamburg zu bringen. *Beschluss: Es wäre besser, den RB wieder in Hamburg drucken zu lassen. Günstige Angebote sollen eingeholt werden (Jürgen Große).*

(9.2) Das Ergebnis der Hormonstudie soll im RB veröffentlicht werden. *Beschluss: Christina Sachse wird diesbezüglich kontaktiert (Christiane Hefendehl).*

(9.3) Themenschwerpunkt des nächsten RB: E-Commerce/ Versandhandel. Die Redaktion interessiert sich für das Gehe-Internet-Portal (www.apotheke.com). *Beschluss: Dorothea Hofferberth wird befragt, welche Erfahrungen sie bisher damit gemacht hat.*

(9.4) Jürgen Großes E-Mail-Adresse hat sich geändert:

"grosse@hansenet.de" statt bisher "grosse@hanse-net.de"

(9.5) Die Website mit dem VDPP-Newsletter wird ziemlich gut besucht.

TOP 10) Herbstseminar

Als Themen bieten sich an: E-Commerce, oder auch das Berufsbild der Pharmazeutinnen. Alternativ dazu käme auch Qualitätsmanagement

in europäischen Apotheken in Frage. Zu letzterem hat Udo Ament auf der Interpharm in Hamburg zu Martina Teichert (Apothekerkammer der Niederlande) Kontakt aufgenommen. Sie wäre bereit, als Referentin zur Verfügung zu stehen. *Beschluss: Udo Ament bringt das Skript des Vortrages von M. T. zur Interpharm zur MV mit und referiert gegebenenfalls darüber.*

TOP 11) ADKA:
Katja Lorenz hat Kontakt zu Edgar J. Schmidt, dem neuen Geschäftsführer der ADKA, aufgenommen. Er kommt aus dem Management von Fresenius, wird demnächst nach Berlin ziehen und zeigt Interesse am VDPP. (Es scheint ihm daran gelegen zu sein, herauszufinden, ob der VDPP als Bundesgenosse für das Eindringen der Krankenhausapotheken in die ambulante Versorgung "brauchbar" ist.)

TOP 12) Öffentlichkeitsarbeit/ Homepage/etc.:

(12.1) Der Rundbrief vom November wird von der Homepage genommen, da nicht mehr aktuell.
(12.2) Der Terminkalender soll aktualisiert werden. Das heißt: Wer von interessanten Veranstaltungen weiß, wende sich bitte an Christiane Hefendehl.
(12.3) Überhaupt: Ansprechpartnerin für alles, was die Homepage betrifft, ist immer Christiane Hefendehl.
(12.4) Dank besserer Verlinkungen

rücken wir im "Ranking", d.h. der Prioritätenliste der Suchmaschinen allmählich weiter nach oben. In der Trefferliste steht unsere Website weiter oben, wird leichter gefunden und häufiger besucht.
(12.5) Wir haben den Provider gewechselt: von Strato zu Speedlink.

TOP 13) Kontakt zu Fachschaften:
Lässt weiterhin zu wünschen übrig. Das Problem muss unbedingt auf der MV thematisiert werden. Es existiert ein schriftlicher Kontakt zu Christoph Fehske, dem Öffentlichkeitsreferenten des Fachverbandes. Der Beschluss, die Fachschaften zur MV einzuladen, ist bisher noch nicht umgesetzt worden, *Beschluss entsprechend (Wiedervorlage).*

TOP 14) E-Commerce/ Versandhandel (Die Diskussion vom letzten Vorstandstreffen wurde wieder aufgegriffen, jedoch ohne konkrete inhaltliche Ergebnisse.)

TOP 15) Verschiedenes:
(15.1) **Berliner Arbeitsgruppe betr. Berufsbild:** Ingeborg Simons Initiative stieß in Berlin auf reges Interesse. Der Hintergrund: Der Internet-Versandhandel mit Arzneimitteln wird das Berufsbild der Pharmazeutinnen drastisch und nachhaltig verändern, und hoffentlich nicht zum Schlechteren. Die Arbeitsgruppe umfasst auch Personen außerhalb des

VDPP und will ein Thesenpapier erarbeiten, das sie als "Offener Brief" (Arbeitstitel) der ABDA unterbreiten will. Stellungnahmen und Anregungen zu diesem Thema bitte an Uli Breckheimer. Die Arbeitsgruppe wird sich am 2. Mai erneut treffen.

(15.2) **Frauenseminar:** Ein Termin (19 - 20. Mai) steht fest, jedoch weder ein Tagungsort noch ein Thema. Trotzdem liegen zurzeit 8 Anmeldungen vor. Christiane Hefendehl sucht weiter nach einem Tagungsort vorzugsweise im Raum Kassel/ Göttingen.

(15.3) **Der Deutsche Diabetikerbund** bittet um Informationen zur Positivliste für Arzneimittel.

(15.4) **BUKO Pharma-Kampagne:** John Le Carrés neuer Roman "Der ewige Gärtner" handelt von den Machenschaften der Pharma-Konzerne in der Dritten Welt. Unter anderem kommt eine Organisation "Hippo" darin vor, die unschwer als die BUKO Pharma-Kampagne zu identifizieren ist. Jemand sollte das Buch für den Rundbrief rezensieren (Udo Ament hat's getan - der Protokollführer).

(15.5) Das **Statistische Bundesamt** hat eine aktualisierte Kostenanalyse des Gesundheitswesens erstellt und ins Internet gestellt unter www.gbe-bund.de und www.statistik.bund.de.

Protokoll der konstituierenden Sitzung des Gesamtvorstands des VDPP am 17. Juni 2001 in Münster

Ort: Jugendgästehaus Aasee, Bismarckallee 31, 48151 Münster
Beginn: 13.00 Uhr
Anwesend: Udo Ament, Jürgen Große, Thomas Hammer, Bernd Rehberg und Dr. rer. nat. Thomas Schulz

Tagesordnungspunkt 1
(Feststellung der Beschlussfähigkeit, Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn)
Alle Mitglieder sind anwesend, damit ist der Gesamtvorstand beschlussfähig. Zum Versammlungsleiter wird Thomas Hammer, zum Protokollführer

rer Jürgen Große gewählt.
Tagesordnungspunkt 2 (Wahl des geschäftsführenden Vorstands)
Vorgeschlagen werden Jürgen Große, Bernd Rehberg und Dr. Thomas Schulz. Alle drei Kandidaten werden einstimmig in den geschäftsführenden Vorstand gewählt. Alle Kandidaten nehmen die Wahl an.
Damit besteht der geschäftsführende Vorstand aus:
Jürgen Große, Apotheker, Mesterfeld

17, 22523 Hamburg,
Bernd Rehberg, Apotheker, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg, und
Dr. rer. nat. Thomas Schulz, Apotheker, Stegemühlenweg 39, 37083 Göttingen.

Tagesordnungspunkt 3
(Verschiedenes)
Das nächste Vorstandstreffen soll am 15. August 2001 in Hamburg stattfinden.

Ende der Vorstandssitzung:
13.15 Uhr

Protokoll des Vorstandstreffens vom 15. August 2001

Anwesend: Thomas Hammer, Jürgen Große, Bernd Rehberg, Thomas Schulz

Als Gäste haben teilgenommen: Utschi Blöcker, Renate Rathmann
Ort: Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, Hamburg
Beginn: 20.00 Uhr

Tagesordnung:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens
4. Beschlusskontrolle
5. Bericht der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht
7. Bericht aus den Regionen
8. BUKO – Herbstseminar
9. Mitgliederversammlung 2002
10. Rundbrief
11. Öffentlichkeitsarbeit
12. Verschiedenes

Top 1

Bernd führt Protokoll. Thomas Hammer ist Versammlungsleiter.

Top 2

Die Tagesordnung wurde ohne Veränderung genehmigt

Top 3

Protokoll des konstituierenden Vorstandstreffens wurde genehmigt.

Top 4

Beschlusskontrolle der Vorstandssitzung vom 01.04. 2001 in Berlin. Jürgen soll kontaktiert Christina Sachse kontaktieren, wegen der Fragebogenaktion "Wechseljahre". Druck und Layout des Rundbriefes werden ab sofort in Hamburg gemacht.

Top 5

Gudrun Meiburg ruft Reinhold Weber an und teilt ihm die Änderungen mit.

Thomas Hammer kümmert sich wieder verstärkt um die Geschäftsstelle. Neue Kontaktperson für Niedersachsen wird Dorothea Hofferberth, weil Gabi Beisswanger umgezogen ist.

Top 6

Udo Ament schickt zum September einen Halbjahreskassenbericht.

Top 7

Die Berliner VDPP-Regionalgruppe trifft sich heute auch. Der offene Brief einer Berliner Gruppe, initiativ von Ingeborg Simon angeschoben, ist gereift und liegt als Vorabdruck jetzt vor. Er wird über Christiane Hefendehl verteilt. Dieses Papier wird vom Vorstand kritisch gelesen und entschieden, ob wir es als VDPP unterstützen wollen. Termin hierfür ist der 25./26. 08.2001. Wolfgang Richter wird eventuell die VDÄÄ – MV in Gelnhausen, im September besuchen. Jürgen kontaktet ihn noch mal.

Top 8

Statt eines Herbstseminars sind interessierte VDPP-Mitglieder aufgefordert, die Jubiläumsveranstaltung der BUKO-Pharma-Kampagne zu besuchen.

Top 9

Die Beschlüsse der MV in Münster wurden behandelt. Für die Umsetzung der Beschlüsse wird gesorgt. Dorothea Hofferberth kümmert sich um den Tagungsort für die MV am 15./16. Juni 2002 in Hannover. Thomas Hammer unterstützt sie.

Top 10

Nächster Rundbrief im September. Vorstellung der Vorstandsmitglieder mit Photo.

Top 10

Wir wollen unseren Bekanntheitsgrad in der gesundheitspolitischen Szene verbessern. Aber wie verbessern wir ihn!?!? Immer wieder eine Möglichkeit sind Leserbriefe an große Zeitungen, wenn sie über Pharmaprobleme berichten, damit aufgeschlossene Menschen auf uns aufmerksam werden und in den VDPP eintreten. Auf Ministerebene kennt man uns, weil wir zu Anhörungen eingeladen werden!

Die Kontaktaufnahmen zu Studenten sind immer wieder frustrierend. Die Studenten kennen den VDPP nicht. Pharmaziepraktikanten in unseren Apotheke sind der Beweis, weil die vom VDPP noch nie etwas gehört haben.

Wir haben leider kein Patentrezept. Am Ende jeder dieser Diskussionen steht als realer Lösungswunsch: ein Geschäftsführer!!!

Top 12

Lipobay und Bayer. Diese Problematik wird diskutiert.

Probleme der Kennzeichnungspflicht von Altarzneimitteln bezüglich des Status der Zulassung wird diskutiert. Thomas Schulz kümmert sich darum. Problem Ökobank. Die Ökobank sucht einen Käufer. Wenn wir wissen, wer das ist, entscheiden wir, ob wir bei dieser Bank bleiben. Für unser Geld besteht praktisch keine Gefahr.

Ende 22:30 Uhr

Neuer Termin 12. 9. 2001, 20 Uhr, Hamburg, Brahmsallee 18.

Protokoll der Vorstandssitzung vom 9. September 2001

Ort: Bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg

Anwesend: Bernd Rehberg, Jürgen Große, Thomas Hammer, Thomas Schulz, Udo Ament

Gäste: Dorothea Hofferberth, Gudrun Meiburg, Wolfgang Richter, Christl Trischler

1 Wahl von Versammlungsleiter und Protokollführer

Versammlungsleitung Bernd Rehberg, Protokoll Thomas Schulz (einstimmig)

2 Genehmigung der Tagesordnung

wird in erweiterter Fassung genehmigt.

3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens

Das Protokoll wurde mit geringfügigen Änderungen genehmigt

4 Beschlusskontrolle der VS vom 15.8.2001

Jürgen hat Christina Sachse ange-mailt. Gudrun Meiburg hat Reinhold Weber angerufen, Jürgen erinnert Reinhold an das VDPP-Material. Wolfgang Richter wird nach einer Dublette des RB 50 suchen. Thomas Hammer räumt mit Gudrun Meiburg in der Geschäftsstelle. Udo legt den Kassenbericht vor. *Thomas Schulz muss noch die Stellungnahme zu Problemen mit der 10. AMG-Novelle vorlegen.*

5 Bericht aus der Geschäftsstelle

Edith Ahrweiler ist verschollen. Beiträge für 2000 vollständig eingegangen, die Zahlungsmoral hat sich etwas verbessert.

6 Kassenbericht

Udo legt den Kassenbericht vor und erläutert ihn.

7 Berichte aus den Regionen

Wolfgang Richter wird die VDÄÄ-MV in Gelnhausen besuchen. HH hat konkret über AM-Karte und e-Rezept diskutiert. Regionalgruppe Hessen hat sich mit sehr guter Beteiligung getroffen und aktuelle Probleme diskutiert. Dorothea Hofferberth wird ein Treffen der Niedersachsen (und ggf. Nordhessen) vorbereiten.

8 MV 2002

Dorothea wird sich um einen Tagungsort in Hannover kümmern. Z. Z. wird ein zentrales Hotel vorgeschlagen, Kosten ca. DM 120 / Nacht. Im Gegensatz dazu wäre eine Tagungsmöglichkeit in Springe vorstellbar (schlechte Verkehrsanbindung). Thomas Hammer schlägt ein *Naturfreundehaus* vor, Dorothea wird diese Räumlichkeiten prüfen (Thomas Hammer wird ebenfalls nachfragen).

9 Versandhandel mit AM

Bernd Rehberg wird das Meeting am 17.9.01 in Berlin besuchen und VDPP-Positionen vertreten: Alle Kriterien des AGV-Papiers müssen dazu erfüllt werden! Er hält das allerdings für nicht umsetzbar in der Praxis und ist gegen eine Versorgung auf niedrigerem Niveau.

Es wird auf aktuelle Kritik an Apothekenpreis eingegangen. Danach wird das Problem des AM-Einsparungspotenzials diskutiert (basierend auf

den Zahlen des AM-Verordnungsreportes 2001). Udo Ament weist auf die Kritik des Sachverständigenrates hin: Über-, Fehl- und Unterversorgung. Die angemessene Versorgung der Diabetiker wird mit Sicherheit erhebliche Mehrkosten produzieren. Jürgen erläutert kurz das Pareto-Optimum. Diskussion zu AM-Preisen.

10 Arzneimittel-Chipkarte

Anhand einer Tischvorlage von Thomas Schulz werden Vor- und Nach-

Arzneimittelpass

Gründe für einen AMP:

- Ca 16.000 bis 25.000 Menschen sterben in D. an den Folgen des AM-Konsums. Ein erheblicher Prozentsatz der o.g. Toten geht auf Interaktionen von Medikamenten zurück.
- Interaktionen betreffen nicht nur rezeptpflichtige AM sondern auch freiverkäufliche AM, daher reichen elektronische Rezepte nicht aus.
- Die Apotheker(innen) könnten durch Überwachung des AM-Konsums und Beratung ihre Position als Arzneimittelfachleute festigen.
- Die Daten sind auf der Karte zu speichern, da die Krankenversicherungen weder über die Berechtigung zur Einsicht in die Daten noch über die Kompetenz zur Beurteilung verfügen.
- Der Datenschutz ist gewährleistet, da sowohl Ärzte als auch Apotheker der Schweigepflicht unterliegen.
- Langfristig Einsparungen im AM-Bereich (Wenn die Multimedikationen auf ein sinnvolles Maß reduziert werden).

Gründe gegen einen AMP:

- materieller Aufwand (dagegen spricht der letzte Pro-Punkt)
- Probleme, wenn AM für andere Personen abgeholt / eingekauft werden
- Datenschutz (wenn auch noch Erkrankungen abgespeichert werden und die KK Zugriff haben).

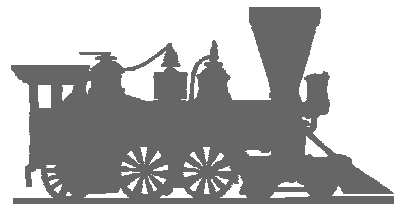
teile diskutiert. Probleme: Pflichtpass oder Freiwilligkeit. *Änderungen werden an Thomas gemailt, der bis zur nächsten VS ein Papier ausarbeiten wird, das im VDPP-aktuell veröffentlicht wird und den Mitgliedern als Diskussionsgrundlage vorgelegt wird.*

11 Apothekertag

Kein VS-Mitglied fährt hin, nächste VS aber mit Nachlese zum Apothekertag

12 BUKO-Jubiläum

Drei VS-Mitglieder fahren mit Sicherheit nach Bielefeld. Weitere Mitglieder haben sich auch angemeldet.



Thomas Hammer wird Infomaterial (Leporellos, aktuelle RB und Programme) mitnehmen. Vom aktuellen Rundbrief werden 30 Exemplare mehr gedruckt (Jürgen veranlasst das), damit in Bielefeld Werbung gemacht werden kann.

13 Rundbrief

Der RB ist fast fertig. *Es fehlen noch Vorstellungen und der Hauptartikel von Thomas Schulz (Pharmakogenomics), Redaktions Sitzung soll am übernächsten Wochenende stattfinden.*

14 Öffentlichkeitsarbeit

Es wird ein Lipobay-Artikel von Udo diskutiert, der von Thomas Schulz an einigen Stellen überarbeitet wurde. *Die Stellungnahme zur Dienstrechtsreform wird von Thomas Schulz überarbeitet und an Jürgen weitergeleitet, der das Papier an den zuständigen Ausschuss schickt und an die pharmazeutische Presse weiterleitet.*

15 Arbeitsschwerpunkte

wird auf die nächste Sitzung vertagt.

16 Verschiedenes

Termine:
nächste VS: 10.10.01 in Hamburg
übernächste VS: 4.12.01 in Hamburg

Ende der Sitzung 18.30

Protokoll des Vorstandstreffens vom 10. Oktober 2001

Ort: bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg.
Beginn: 20.00 Uhr

Anwesend: Christa Augustin, Jürgen Große, Gudrun Meiburg, Renate Rathmann, Bernd Rehberg, Evelyn Seibert
Entschuldigt: Udo Ament, Thomas Hammer, Thomas Schulz

Vorläufige Tagesordnung:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens
4. Beschlusskontrolle
5. Bericht aus der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht
7. Berichte aus den Regionen
8. Aktuelle Gesundheitspolitik
9. Nachlese Apothekertag
10. BUKO-Jubiläum
11. Mitgliederversammlung 2002
12. Rundbrief
13. Öffentlichkeitsarbeit
14. Verschiedenes

TOP 1 (VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn)

Als Versammlungsleiter wird Bernd Rehberg, als Protokollführer Jürgen Große gewählt.

TOP 2 (Tagesordnung)
Angesichts der geringen Beteiligung von Vorstandsmitgliedern werden die Tagesordnungspunkte 6, 7, 9, 10, 11, 12 und 13 gestrichen.

TOP 3 (Protokoll)
Das Protokoll des Vorstandstreffens vom 9. September 2001 in Hamburg wird ohne Änderungen genehmigt.

TOP 4 (Beschlusskontrolle)
(Noch nicht erledigte Punkte sind kursiv dargestellt.)

Thomas Schulz muss noch die Stellungnahme zu Problemen mit der 10. AMG-Novelle vorlegen.

MV 2002: *Thomas Hammer schlägt ein Naturfreundehaus vor, Dorothea wird diese Räumlichkeiten prüfen (Thomas Hammer wird ebenfalls nachfragen).*

Arzneimittel-Chipkarte: *Änderungen werden an Thomas Schulz gemailt, der bis zur nächsten VS ein Papier ausarbeiten wird, das im VDPP-aktuell veröffentlicht wird und den Mitgliedern als Diskussionsgrundlage vorgelegt wird.*

Rundbrief: *Es fehlen noch Vorstellungen und der Hauptartikel von Thomas Schulz (Pharmacogenomics).*

Stellungnahme zur Hochschul-Dienstrechtsreform: erledigt.

TOP 5 (Geschäftsstelle)
Wolfgang Richter hat als Vertreter des VDPP an der Mitgliederversammlung des VDÄÄ teilgenommen. Eugen Eschenlohr ist kontaktiert worden und will sich weiter mit ökologischen Themen in die Vereinsarbeit einbringen.

Ministerin Bulmahn hat auf unseren Brief zur Dienstrechtsreform im Hochschulbereich geantwortet.

TOP 8 (Gesundheitspolitik)
Jürgen erläutert die geplanten Regelungen im Entwurf des Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetzes (AABG). Diese werden intensiv diskutiert.

TOP 11 (MV 2002)
Dorothea Hofferberth kümmert sich weiter um Räumlichkeiten für die Mitgliederversammlung 2002 in Hannover.

TOP 14 (Verschiedenes)
Es wird intensiv über die Rolle Piecks (Ex-ABDA) im Gehe-Aufsichtsrat und über Möglichkeiten der "corporate identity" von Apotheken diskutiert.

Ende: 22.00 Uhr

Protokoll des Vorstandstreffens vom 5. Dezember 2001

Anwesend: Udo Ament, Jürgen Große, Thomas Hammer, Bernd Rehberg, Thomas Schulz
Gäste: Christa Augustin, Michael Höckel, Gudrun Meiburg, Renate Rathmann

Vorläufige Tagesordnung:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens
4. Beschlusskontrolle
5. Bericht aus der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht

7. Bericht aus den Regionen
8. Nachlese Apothekertag und BUKO-Jubiläumsfeier
9. Mitgliederversammlung 2002
10. Rundbrief
11. Öffentlichkeitsarbeit
12. Verschiedenes

TOP 1 (Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn)
Versammlungsleiter wurde Thomas Schulz, Protokollführer Thomas Hammer

TOP 2 (Genehmigung der Tagesordnung)
Die Tagesordnung wurde genehmigt.

TOP 3 (Protokoll)
Das Protokoll des letzten Vorstandstreffens vom 10. Oktober 2001 wurde nach minimalen Änderungen genehmigt.

TOP 4 (Beschlusskontrolle)
Thomas Schulz kam aus Zeitmangel nicht dazu, eine Stellungnahme zur 10. AMG-Novelle zu verfassen. *Er will jedoch etwas zum Thema "Patientenpass" zu Papier bringen.*

TOP 5 (Bericht aus der Geschäftsstelle)
Gudrun Meiburg berichtet: Es gibt ein neues Vereinsmitglied (Herzlich Willkommen).
Sonst gab es nichts Neues.

TOP 6 (Kassenbericht)

Udo Ament sorgt dafür, dass der Kassenbericht (bis Sept. 01) den Vorstandsmitgliedern zugeschickt wird.

TOP 7 (Aus den Regionen)

Hamburg:

Antonie Marquardt, Vorstandsvorsitzende des Forum Leipzig, hat Anfang November zu einem Diskussionsforum in Hamburg eingeladen. Thomas Hammer, an den die Einladung gegangen ist, konnte an dem Treffen nicht teilnehmen, da er sich im Urlaub befand. Er nimmt jedoch Kontakt zu A. Marquardt auf.

Berlin:

Trotz des Weggangs von Regina Schumann nach Brüssel hofft man weiterhin Treffen organisieren zu können.

Hessen:

Dort fand Ende November ein Regionaltreffen statt.

TOP 8 (Nachlese Apothekertag und BUKO-Jubiläumsfeier)

Zum Apothekertag 2001 gab es nichts zu besprechen.

Am BUKO-Jubiläums-Symposium nahm ein gutes Dutzend VDPP-Mitglieder teil.

Die Stimmung war prächtig, die Organisation und Gestaltung ausge-

zeichnet. Der als Gast anwesende Bundestagsabgeordnete Schmidbauer (SPD) will auf Drängen der Anwesenden in Zukunft mehrmals im Jahr ein Treffen mit den "kritischen Geistern" ermöglichen. Thomas Schulz nimmt deswegen Verbindung zu Christiane Fischer von BUKO auf, um ihr unser Interesse an diesen Treffen kundzutun.

Die BUKO Pharma-Kampagne will sich übrigens zukünftig mit dem sehr interessanten Thema "Werbung der Pharmaindustrie für verschreibungspflichtige Arzneimittel" befassen.

TOP 9 (Mitgliederversammlung 2002)

Dorothea Hofferberth hat für die MV am 15. und 16. 6. 02 in Hannover einen sehr schönen Tagungsort gefunden, und zwar das Hanns-Lilje-Haus. Der Vorstand dankt Dorothea herzlich.

Udo Ament wird die Theatergruppe der BUKO Pharma-Kampagne anfragen, ob sie während der MV in Hannover auftreten können.

Christa Augustin wird einen Vortrag über ihr Arbeitsgebiet halten.

Eventuelle Themenschwerpunkte der MV:

E-Commerce in der Apotheke

Das GKV 2010-Papier einer "SPD-nahen" Expertengruppe zur Reform des Gesundheitswesens, zu der auch Gerd Glaeske gehört.

Thomas Schulz wird ihn ansprechen, um weitere Informationen zu diesem Papier zu bekommen.

Bei der nächsten Vorstandssitzung werden Organisation und Ablauf der MV besprochen.

TOP 10 (Rundbrief)

Die Probleme für das Redaktionsteam werden immer gravierender, da es kaum noch Vereinsmitglieder gibt, die Artikel zur Veröffentlichung schicken. Deshalb lässt der aktuelle Rundbrief auf sich warten. Er soll jedoch möglichst noch vor Weihnachten 2001 erscheinen. Die Redaktion wird sich bemühen, den Rundbrief in Zukunft wieder häufiger erscheinen zu lassen.

TOP 11 (Öffentlichkeitsarbeit)

Es wird überprüft, ob die Website des VDPP aktualisiert werden muss. Außerdem will Udo Ament eine Selbstdarstellung des Vereins für den Pharmazeuten-Kalender verfassen.

TOP 12 (Verschiedenes)

Die nächste Vorstandssitzung findet am 26. und 27. Januar 2002 in Hamburg statt.

Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. - 27. Januar 2002

Ort: bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg

Anwesend: Bernd Rehberg, Jürgen Große, Thomas Hammer, Thomas Schulz.

Entschuldigt: Udo Ament

Gäste: Gudrun Meiburg, Gudrun Likus, Christa Augustin

Beginn: 14.30 Uhr

Vorläufige Tagesordnung:

1. Wahl von Versammlungsleiter und Protokollführer
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens
4. Beschlusskontrolle
5. Bericht aus der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht
7. Berichte aus den Regionen
8. Mitgliederversammlung 2002
9. Arbeitsplan für 2002
10. Rundbrief

11. Öffentlichkeitsarbeit

12. Verschiedenes

1 Wahl von Versammlungsleiter und Protokollführer

Versammlungsleitung: Thomas Hammer, Protokoll: Thomas Schulz (einstimmig)

2 Genehmigung der Tagesordnung

Die vorläufige Tagesordnung wird ohne Änderungen beschlossen.

3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens

Es wurde mit marginalen Änderungen genehmigt.

4 Beschlusskontrolle der VS vom 5. 12. 2001

Die Ausarbeitung zum Patientenpass von Thomas Schulz liegt nicht vor. Zum Kassenbericht liegt nichts vor.

Gudrun Meiburg wird beauftragt, Udo wegen der Kassenberichte zu mahnen.

Es wird beschlossen, dass Udo Ament den Kassenbericht bis Dez. 2001 zur nächsten VS vorzulegen hat.

Thomas Hammer hat Kontakt zu A. Marquardt (Forum Leipzig), Thomas Schulz zu

Christiane Fischer (BUKO-Pharmakampagne) aufgenommen. Themen

werden im Laufe dieser VS diskutiert.

Es bleibt offen, ob Udo Ament Kontakt zur Theatergruppe der BUKO aufgenom-

men hat. Das Papier zur Reform des Gesundheitswesens, an dem Gerd Glaeske mitgearbeitet hat, war aussage-

gekräftig genug, daher erübrigte sich eine Kontaktaufnahme.

Es wurde kein Verantwortlicher für die Pflege der Website (Öffentlichkeitsarbeit) benannt. Jürgen Große wird mit Susanne Jäger die Modalitäten der Website-Pflege besprechen.

Es ist unklar, ob Udo die Selbstdarstellung für den Pharmazeuten-Kalender fertiggestellt hat.

5 Bericht aus der Geschäftsstelle
Gudrun Meiburg verteilt die Begründungen für den Austritt zweier Mitglieder. In diesem Zusammenhang wird die Positionierung zu Krankenkassen und Versandapotheken kurz andiskutiert. Jürgen Große wird dazu einen differenzierten Artikel verfassen, der den beiden ausgetretenen Mitgliedern vorab zugeschickt werden soll. Erfreuerlicherweise gab es einen Vereinsbeitritt per Internet. Es werden die Informationen von Susanne Jäger zu aktuellen Providerangeboten diskutiert. Thomas Hammer informiert über ein Schreiben des Forum Leipzig, MV des Forum Leipzig ist am 23.3.2002. Jürgen Große berichtet über die Entstehung der Presseerklärung mit der BUKO-Pharmakampagne. Der VDPP-Laptop ist bestellt.

6 Kassenbericht

Gudrun berichtet über den Vermögensstand. Ansonsten wird auf TOP4 verwiesen.

7 Berichte aus den Regionen

Die Hamburger Gruppe trifft sich regelmäßig und unterstützt den Vorstand. Die Weihnachtsfeier 2001 war mit 10 Vereinsmitgliedern ein voller Erfolg. In Berlin trifft sich die Regionalgruppe einmal im Monat.

8 MV 2002

Organisatorische Vorarbeiten und Vorstandsbeschlüsse: Der VDPP übernimmt die Kosten für den Tagungsraum, die Referenten und die Tagungsgetränke (d.h. Kaffee, Tee, Kaltgetränke WÄHREND der MV). Die Mitglieder kommen auf für Anreise, Übernachtung und Verpflegung (dazu gehören die Getränke am Freitagabend und Samstagabend). In der Einladung soll auf die Möglichkeit der reduzierten TeilnehmerInnengebühr hingewiesen werden, hierzu existiert ein Vorstandsbeschluss.

Das Protokoll der MV 2001 war bereits im Rundbrief veröffentlicht. Wahlen sind nach derzeitiger Kandidatinnenlage nicht abzusehen. Christa Augustin erklärt sich dankenswerterweise zur Protokollführung bereit, Thomas Hammer wird Gudrun Hahn wg. Versammlungsleitung fragen. Tho-

mas Schulz wird den Rechenschaftsbericht vorstellen (Technik wird geklärt ...). Udo Ament wird den Kassenbericht vorlegen. Der Vorstand erarbeitet den ersten Entwurf eines Finanzplans bis zur nächsten VS.

Diskussion der geplanten Tagesordnung:

Am Samstagvormittag werden von 10 – 13 Uhr die Formalien abgearbeitet (dies muss mit der Versammlungsleitung geklärt werden). Am Samstagnachmittag (ab 14.30) folgt dann das Schwerpunktthema. Christas Vortrag soll dann am Sonntagvormittag gehalten werden und abschließend werden dann die Anträge und der Finanzplan diskutiert und finalisiert.

Mögliche Themen für die Diskussionsveranstaltung:

1. **Versandapotheke** – Bernd und Thomas Schulz kümmern sich um mögliche ReferentInnen; z. B. Gerd Glaeske und Martin Thomsen (AK Niedersachsen)
2. **Arzneimittelwerbung für verschreibungspflichtige AM.**

Prozedere: Bernd Rehberg kontaktiert Gerd Glaeske (Fristsetzung !!), dann wird das weitere Vorgehen entschieden. Die Alternative kommt zum Tragen, wenn keine Vertreter für die Pro-Seite gefunden werden können. Thomas Schulz würde dann potenzielle ReferentInnen (I. Simon oder BUKO-Pharmakampagne) anrufen.

9 Arbeitsplanung für 2002

Frauseminar: Thomas Schulz wird die Anregung im VDPP-aktuell vorstellen. Thomas Hammer will Gudrun Hahn, Ildikó Szász, Dorothea Hofferberth und Evelyn Seibert wegen einer möglichen Durchführung ansprechen.

Kontakte zu BUKO-Pharmakampagne: Thomas Schulz hält den Kontakt. Es werden Arbeitsschwerpunkte diskutiert: Wie sieht der VDPP die Zukunft der Apotheke?

Diskussion der befristeten Zulassung: Thomas Schulz wird Herrn Schmidbauer, MdB, und Herrn Kirschner, MdB, per E-Mail nach dem Diskussionspapier fragen (siehe SZ vom 24.1.2002).

Arzneimittelpass: Das Thesenpapier wird dem aktuellen VDPP-aktuell angehängt und der Mitgliedschaft zur Diskussion gestellt.

Versandapotheke / E-Commerce:

Begriffsabgrenzung: Unter Versandapotheke versteht der Vorstand eine Apotheke im EU-Bereich, an die per FAX, per Brief oder sonstigem Medium ein ärztliches Rezept geschickt werden kann und die dann die Belieferung vornimmt. Unter E-Commerce versteht der Vorstand eine Kontaktaufnahme per Internet. Das kann eine Versandapotheke beinhalten, es kann sich aber auch um Vertriebskanäle handeln, die nicht den Kontrollmechanismen des Arzneimittelrechts unterliegen und allein daher schon abgelehnt werden müssen.

Es folgte eine längere Diskussion der Versandproblematik.

Herbstseminar: Mögliche Themen: Werbung für verschreibungspflichtige AM, Versandapotheke, Arzneimittelpass, Kettenapotheken. Thomas Schulz wird diese Themen im VDPP-aktuell kurz aufführen.

10 Rundbrief

Thomas Hammer schreibt das Grußwort für den nächsten RB. Es soll Zwei- vs. Dreispaltendruck getestet werden. Jürgen berichtet von anderen Schriften, z.B. Stone Sans ... Der Bezugspreis für sechs Ausgaben wird auf 30 Euro festgelegt. Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe soll der 31. März 2002 sein. **Auf jeden Fall muss der RB vor der MV erscheinen.** Jürgen berichtet über Produktionsprobleme des Rundbriefes.

11 Öffentlichkeitsarbeit

Der Vorstand wird ab sofort E-Mail-Mitteilungen an die Mitglieder nur noch mit BCC (Blind carbon copy) verschicken, um damit den Datenschutz der Mitglieder zu wahren. Der Vorstand appelliert an die VDPP-Mitglieder ebenso zu verfahren. VDPP-aktuell: Thomas Schulz bittet um Zusendung von gesundheitspolitischen Artikeln aus der Tagespresse, um damit einen ansprechenden "Reader" für den VDPP-aktuell zu erstellen. Jürgen Große wird seine Erklärung zur Positivliste als Beitrag auch an PZ und DAZ schicken.

12 Verschiedenes

Nächste Vorstandssitzung am Mittwoch, den 3. April um 19 Uhr bei Bernd Rehberg. Es folgt die VS am Sonntag, dem 19. Mai, um 10 Uhr bei Bernd oder Jürgen. Thomas Hammer schließt die VS um 13 Uhr.

Protokoll des Vorstandstreffens vom 3. April 2002

Ort:
bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18,
20144 Hamburg

Beginn: 19.00 Uhr

Teilnehmer:

Udo Ament, Jürgen Große, Thomas Hammer, Bernd Rehberg,
Gäste: Uschi Blöcker, Gudrun Meiburg, Renate Rathmann
Entschuldigt: Thomas Schulz

TOP 1 (Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn)
Einstimmig wird Thomas Hammer zum Versammlungsleiter, Jürgen Große zum Protokollführer gewählt.

TOP 2 (Genehmigung der Tagesordnung)
Die mit der Einladung versandte vorläufige Tagesordnung wird angenommen.

TOP 3 (Protokoll des letzten Vorstandstreffens)
Das Protokoll wird mit geringfügigen Änderungen angenommen.

TOP 4 (Beschlusskontrolle)
Udo Ament hat den Kassenbericht inzwischen vorgelegt. Jürgen Große hat mit Susanne Jäger die VDPP-Website aktualisiert. *Jürgen wird den Artikel zu zwei Vereinsaustritten noch verfassen. Thomas Hammer hat Gudrun Hahn gefragt, ob sie die Versammlungsleitung bei der MV in Hannover übernehmen können, sie ist grundsätzlich dazu bereit. Udo Ament wird zum nächsten Vorstandstreffen im Mai den ersten Entwurf eines Finanzplans vorlegen. Es existiert noch keine Planung für ein Frauenseminar 2002. Thomas Schulz wird die MdB Schmidbauer oder Kirschner nach dem Stand der Diskussion zur befristeten Zulassung fragen. Thomas Hammer hat das Grußwort für den Rundbrief 55 verfasst.*

TOP 5 (Bericht aus der Geschäftsstelle)
Jürgen Große berichtet von einem Treffen in Berlin, bei dem VDPP-, BUKO- und DIFÄM-Vertreter mit Herrn Schmidbauer über den Stand der

Neufassung der Arzneimittelgesetzgebung der EU diskutiert haben. Am Rande wurde auch der aktuelle Stand der Positivliste besprochen. Ein für den Mai vorgesehene weiteres Treffen soll sich vor allem mit dem "Off-Label-Use" von Arzneimitteln befassen.

Es hat zwei Vereinsbeiträge über die VDPP-Website gegeben. Udo Ament wird das Formular für Zahlungserinnerungen überarbeiten. Der Beitragseintrag verlief unerwartet reibungslos. Auf der MV soll über die Abschaffung der Regionalbeauftragten diskutiert werden. Die Zeitschrift "Stichwort Bayer" der CBG soll weiterhin abonniert werden.

TOP 6 (Kassenbericht)
Udo Ament erläutert, dass der Kas-



senbericht günstiger aussieht, als er eigentlich ist, da eine ausgeglichene Bilanz nur durch die geringere Anzahl von Rundbriefen erreicht wurde. Das VDPP-eigene Notebook ist inzwischen angeschafft worden. *Gudrun Meiburg soll sich um die Kündigung der Ökogeno-Genossenschaftsanteile kümmern.*

TOP 7 (Berichte aus den Regionen)
Hessen: Am 25. 2. fand ein Treffen statt, an dem Udo Ament aber nicht teilnahm.
Berlin: Da keine Berlinerin anwesend war, konnte kein Bericht erfolgen.
Hamburg: Die Gruppe trifft sich regelmäßig und bereitet die MV vor.

TOP 9 (Mitgliederversammlung 2002)
Gudrun Meiburg hat mit Jürgens Hilfe die Einladung fristgerecht fertiggestellt.

Gudrun Hahn ist bereit, die Versammlung zu leiten. Christa Augustin wird sich als Protokollführerin zur Verfügung stellen.

Es wird sehr intensiv diskutiert, ob der Mindestbeitrag für normalverdienende Mitglieder künftig bei 5 oder bei 6 Euro liegen soll. Die Geschäftsstelle soll die gültige Beitragssatzung an die Vorstandsmitglieder verschicken, damit sich jeder noch einmal darüber Gedanken machen kann. Die Mitgliederversammlung soll dann über eine neue Beitragssatzung entscheiden.

Martin Thomsen (LAK Niedersachsen) muss noch mit seiner Familie klären, ob er an der Diskussionsveranstaltung auf der MV teilnehmen kann. Thomas Hammer hat sich mit Dorothea Hofferberth um das Abendprogramm gekümmert. Den Rechnungsprüfungsbericht wird Christa Augustin halten.

Bernd klärt mit Gerd Glaeske die Frage, ob er in Hannover übernachtet und an welchen Mahlzeiten er teilnimmt.

TOP 8 (Arbeitsplanung für 2002)
Thomas Hammer wirft die Frage auf, ob wir uns zu den ABDA-Thesen zur zukünftigen Gestaltung der Arzneimittelversorgung äußern sollten.

TOP 10 (Rundbrief)
Jürgen Große versichert, dass der Rundbrief auf jeden Fall noch vor der MV erscheinen wird.

TOP 11 (Öffentlichkeitsarbeit)
Einer gegenseitigen Verlinkung der Websites mit den "Apothekern ohne Grenzen" wird zugestimmt.

TOP 12 (Verschiedenes)
Udo Ament erklärt, dass der vorgesehene Pfingstsonntag für das nächste Vorstandstreffen ihm ungelegen komme. *Ob das nächste Treffen am Mittwoch vor oder nach Pfingsten stattfinden soll, ist unter den Vorstandsmitgliedern zu klären.*

Schluss: 22.00 Uhr

DOKUMENTATION

VDÄÄ und ver.di fordern Verzicht auf Plakataktion: Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung nicht mit wirtschaftlichen Interessen verknüpfen

Als eine unwürdige Wahlkampfaktion in den Wartezimmern kritisierten der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) die Plakataktion des Hartmannbundes aufs Schärfste. "Es ist verwerflich, wie Patientinnen und Patienten für wirtschaftliche Interessen der niedergelassenen Ärzte eingespannt werden", stellte Ulla Derwein, das für Gesundheit zuständige Mitglied im Bundesvorstand von ver.di, fest. "Die Aussage, Fasten ist gesund -Aushungern macht krank', schürt bei den Patientinnen und Patienten völlig unnötige Ängste."

"Durch die verbindliche hausärztliche Versorgung, Überprüfung der fachärztlichen Behandlung und Abgabe von Medikamenten nach Wirkstoffen statt Freihandelsnamen werden Einsparpotenziale aktiviert, die eine weitere Steigerung der Kosten im Gesundheitswesen verhindern können", erklären die beiden Organisationen.

"Die Politik des Hartmannbundes ist leicht durchschaubar und einseitig auf die Bevorteilung der niedergelassenen

Ärzte ausgelegt", erklärte der stellvertretende Vorsitzende des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte, VDÄÄ, Dr. med. Daniel Rühmkorf. "Eine derartige Standespolitik kann und darf sich heute niemand mehr leisten."

ver.di und VDÄÄ werfen dem Hartmannbund vor:

- die Beschneidung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung
- die verstärkte individuelle Honorierung (z.B. individuelle Gesundheitsleistungen IGeL) und
- die Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung

"Durch diese unverhohlenen Forderungen zerstören der Hartmannbund und alle ihn unterstützenden Ärztinnen und Ärzte das Vertrauen ihrer Patientinnen und Patienten - ein Vertrauen, das für einen Therapieerfolg wichtig ist", heißt es in der gemeinsamen Stellungnahme.

VDÄÄ und ver.di wollen dagegen, dass Patientinnen und Patienten "nicht Gegenstand des Medizinapparates" sind, sondern "Beteiligte an ihrem Gesun-

dungsprozess". Grundlage für diese Beteiligung seien Transparenz und der Zugang zu sachgerechter Information. Diese sind für Patientinnen und Patienten ein wichtiges Element in der eigenen Entscheidungsfindung und bei der Wahl des Versorgungsangebotes. Deshalb wollen sich beide Organisationen bei anstehenden Reformvorhaben für die "Stärkung der Patientenrechte" einsetzen.

Die Aktion des Hartmannbundes gehe dagegen in eine andere Richtung. Dort stünden allein wirtschaftliche Interessen im Mittelpunkt. Der Patient solle dazu benutzt werden, diese Interessen gegenüber Politik und Krankenkassen durchzusetzen.

In ihrer gemeinsamen Stellungnahme fordern ver.di und VDÄÄ die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf, die Plakate nicht in ihren Wartezimmern auszuhängen.

Karl-Heinz Balon
VDÄÄ Geschäftsstelle
14. 2. 2002

In Ilonas Apotheke werden Sie in 8 Sprachen bedient

Wer in Kreuzberg wohnt - so wie ich - der kommt in diesem multikulturellen, lebendigen Stadtteil sehr gut mit zwei Sprachen durch: mit deutsch und türkisch. Seit einiger Zeit allerdings ist mir eine Apotheke aufgefallen, die einen Service anbietet, den ich noch nie erlebt habe. In der Reichenberger Apotheke, Ecke Reichenberger Straße/Liegnitzstraße, werden die Kunden nicht nur in zwei, sondern in acht Sprachen beraten! Ich hab mal reingeschaut, wollte wissen: Wer ist hier so sprachbegabt? Wer parliert in französisch, verkauft in italienisch, berät in englisch, erklärt in spanisch, wer hat sogar fürs Arabische ein offenes Ohr? Die Chefin selbst ist es, Ilona Durigo! Ich bewundere (und ein bisschen beneide ich sie auch) die Tempelhoferin mit den italienischen Vor-

fahren um ihre Sprachvielfalt - bei mir hört's auf bei plattdeutsch, Hamburg Platt und Englisch. Nun gut! Und wer spricht die anderen Fremdsprachen in der Apotheke - russisch und türkisch? Ilona Durigo: "Meine Mitarbeiterinnen." Insgesamt sind's fünf Damen, die manchmal so wunderbar durcheinander sprechen, dass man meinen könnte, auf eine kleine, internationale Insel verschlagen worden zu sein! Die herkömmlichen Sprachen hat Ilona Durigo in Schulen gelernt - aber wo hat sie ihr Ohr fürs Arabische geöffnet? Die Liebe war's, ein Sudanese, dem sie oft in seine Heimat gefolgt ist. Und Liebe schärft bekanntlich die Sinne... auch für die Lust auf Sprache. Die Ehe ist auf der Strecke geblieben, nicht aber das Gefühl fürs Arabische. Und schon gar

nicht die Liebe zu ihrer Kundschaft. Ilona Durigo steht täglich in ihrer Apotheke -und erfüllt gern Sonderwünsche. Ob eine spezielle Tee-Mixtur oder Vitamine aus den USA — no problemo für Ilona!



Die Chefin Ilona (r.) mit ihrer Mitarbeiterin Karolin Tütünciyan in der Apotheke

(aus: „Berliner Kurier“ vom 16.1.2002)

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Addendum zum Gutachten 2000/2001 (Bände I bis III) (Auszug, S. 81 – 88)

(Das 109 Seiten bzw. 729 Kilobit starke vollständige Addendum zum Gutachten kann unter dem URL <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/addendum.pdf> im Internet heruntergeladen werden. Zum Betrachten oder Ausdrucken benötigt ihr den im Web ebenfalls kostenlos erhältlichen Acrobat Reader.)

9. Fazit und Empfehlungen

9.1 Effizienzpotenziale auf Preisebene

89. Über-, Unter- und Fehlversorgung spiegeln sich im Bereich der Arzneimitteltherapie in Effizienz- und Effektivitätsmängeln wider. Im Hinblick auf Effizienzpotenziale konzentrieren sich die Untersuchungen und Empfehlungen des Rates auf

- die Umstellung von Originalpräparaten auf preisgünstige Generika, - die Substitution von teuren Analogpräparaten durch pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe,
- die Nutzung von Preisdifferenzen zwischen Krankenhaus- und öffentlichen Apotheken sowie
- den Erwerb preisgünstiger Arzneimittel im Ausland.

90. Der Anteil der Zweitmelder am generikafähigen Markt betrug im Jahre 2000 nach Verordnungen 72 % und nach Umsatz 64 % und weist im internationalen Vergleich ein sehr hohes Niveau auf. Seine relativ kurzfristig mögliche Steigerung um ca. 10 Prozentpunkte würde der GKV Ausgabeneinsparungen von knapp 1 Mrd. DM bringen. In diesem Kontext bilden die Festbeträge, die keine Höchstpreise für die Hersteller, sondern Erstattungsgrenzen der Krankenversicherungen darstellen, ein unverzichtbares Instrument einer ef-

fizienten Arzneimittelversorgung. Im Vergleich zu Effizienzsteigerungen im generikafähigen Marktsegment fällt die Substitution von Analogpräparaten insofern schwerer, als sie hinreichende Kenntnisse über die therapeutische Wirksamkeit voraussetzt. Kosten-Effektivitäts-Analysen bieten hier die Möglichkeit, den zusätzlichen Nutzen dieser Präparate mit den jeweiligen Mehrausgaben zu vergleichen und auf diese Weise die Entscheidungsgrundlage für den Einsatz und/oder die Erstattungshöhe von Analogpräparaten zu verbessern. Da sich die Marktgegebenheiten durch neue Arzneimittel, auslaufende Patente umsatzstarker Medikamente und Preisvariationen ständig ändern, bilden der vermehrte Einsatz von Generika und die gezielte Substitution von Analogpräparaten Daueraufgaben einer effizienten Arzneimitteltherapie.

91. Die Vertragsärzte haben sich in den beiden vergangenen Jahren mit beachtlichem Erfolg um eine verstärkte Verordnung von Zweitmelderpräparaten bemüht und der GKV auf diese Weise Arzneimittelausgaben von ca. 1,5 Mrd. DM erspart. Gleichwohl existieren auch im generikafähigen Marktsegment ebenso wie bei der Substitution von teuren Analogpräparaten in Form von Preisspielräumen noch relevante Effizienzpotenziale, die es auszuschöpfen gilt. Zu diesem Zwecke empfiehlt der Rat:

- die Aufhebung der sog. Preisbindung der zweiten Hand bei nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln,
- eine Erleichterung der "Aut-idem-Abgabe" bzw. der Arzneimittelsubstitution durch den Apotheker bei wirkstoffgleichen Präparaten,
- den aufkommensneutralen Ersatz der preisabhängigen Apothekervergütung durch einen mengenorientierten Festzuschlag,

- eine Änderung der Arzneimittelpreisverordnung mit kostengerechten Distributionsaufschlägen (alternativ zur mengenorientierten Vergütung),
- eine partielle Erweiterung des Dispensierrechts,
- eine Erstattung von neu zugelassenen Arzneimitteln und hier insbesondere von Analogpräparaten auf der Grundlage pharmakökonomischer Kosten-Effektivitäts-Studien,
- eine Aufhebung des Versandhandelsverbotes sowie
- die Senkung des Mehrwertsteuersatzes.

92. Die Aufhebung der sog. Preisbindung der zweiten Hand bei nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln und die Erleichterung der "Aut-idem-Abgabe" zielen auf eine Intensivierung des Preiswettbewerbs, vornehmlich im generikafähigen Marktsegment. Für einheitliche Apothekenabgabepreise, die jeglichen Preiswettbewerb zwischen Apotheken ausschließen, gibt es zumindest bei nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln heute keine überzeugenden Gründe mehr. Die Aufhebung dieser Preisbindung verspricht für die GKV unter der Annahme einer Senkung der Apothekenpreise in diesem Marktsegment um 15 % eine Ersparnis von gut 1,0 Mrd. DM.

In diesem Kontext sollte auch eine Erweiterung des Spektrums der nichtverschreibungspflichtigen Medikamente zur Diskussion stehen, was den Spielraum für den Preiswettbewerb erhöhen würde. Die Erleichterung der "Aut-idem-Abgabe" nutzt die pharmakologische Kompetenz der Apotheker, um bei wirkstoffgleichen Medikamenten eine preisensenkende Substitution durchzuführen. Die hier vorgeschlagene "Aut-idem-Regel" stellt nur eine Umkehr des bisherigen Regel-Ausnahmeverhältnisses dar und bedeutet keinen Eingriff in die Thera-

piefreiheit der behandelnden Ärzte. Diese bleiben bei ihrer Arzneimittelverordnung insofern souverän, als sie weiterhin jegliche Arzneimittelsubstitution verhindern können, wenn sie diese für therapeutisch nicht sinnvoll halten. Die im Ausland mit dieser Regelung gemachten Erfahrungen bestätigen die hierzulande geäußerten Befürchtungen nicht. Friktionsprobleme, die bei der Patienten-Compliance anfangs möglicherweise auftreten können, lassen sich durch eine begleitende Aufklärungskampagne und durch eine Kooperation von Ärzten und Apotheken lösen. Die Ersparnis, die diese Regelung für die GKV zu bewirken vermag, hängt von der Substitutionsrate, die weiterhin der ärztlichen Entscheidung unterliegt, den Preisdifferenzen im generikafähigen Marktsegment und schließlich auch davon ab, ob diese erleichterte Substitutionsmöglichkeit durch die Apotheken über den Ersatz von teuren durch preiswertere Präparate hinaus Preissenkungsprozesse auf Herstellerebene auslöst.

93. Die aufkommensneutrale Umstellung der preisabhängigen Apothekervergütung auf einen mengenorientierten Festzuschlag verfolgt vornehmlich das Ziel, bei den Apotheken die derzeitigen negativen Anreize zur Abgabe preiswerter Arzneimittel zu beseitigen. Eine solche "Aushändigungsgebühr", die als Fixzuschlag an einzelnen Packungen, am Rezept oder am Verkaufsakt ansetzen kann, besitzt darüber hinaus – trotz Aufkommensneutralität zum Zeitpunkt der Umstellung – den Vorzug, dass von Veränderungen der Verordnungsstruktur künftig keine Effekte auf den erzielbaren Distributionszuschlag mehr ausgehen. Alternativ zu dieser Umstellung bietet sich eine ebenfalls aufkommensneutrale Änderung der Arzneimittelpreisverordnung an, die über kostengerechte Distributionsaufschläge die derzeitige Subventionierung von niedrigpreisigen durch hochpreisige Arzneimittel aufhebt bzw. abmildert. Da die hochpreisigen Präparate überproportional zu Lasten der GKV gehen, könnte eine solche Umstellung, die auch die künftigen Effekte der Strukturkomponente auf die Apothekenabgabepreise abschwächt,

die GKV je nach Ausgestaltung um 0,5 bis 1,0 Mrd. DM entlasten. Die frei verkäuflichen, nicht verordneten Arzneimittel würden sich dadurch allerdings für die Kunden entsprechend verteuern.

94. Bei dem Vorschlag einer partiellen Erweiterung des Dispensierrechts stehen trotz gewisser zu erwartender Einsparungen der GKV nicht fiskalische, sondern medizinische Aspekte im Vordergrund. Der Rat empfiehlt hier nicht, den Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen im Rahmen der ambulanten Behandlung grundsätzlich ein Dispensierrecht einzuräumen. Es gibt jedoch insbesondere bei der Versorgung schwerkranker Patienten, wie z.B. bei der Hämophiliebehandlung in Spezialambulanzen, Fälle, in denen eine partielle Erweiterung des Dispensierrechtes aus medizinischen und/oder ökonomischen Gründen angezeigt erscheint.

95. In den letzten zehn Jahren ging mit Ausnahme von 1995 der entscheidende Wachstumsschub bei den Arzneimittelausgaben von der sog. Strukturkomponente aus, die vor allem die Ausgabeneffekte des Übergangs zu neuen patentgeschützten Präparaten widerspiegelt. Dabei handelt es sich sowohl um Innovationen, die im Vergleich zur bisherigen Standardtherapie einen relevanten therapeutischen Fortschritt darstellen, als auch um Analogpräparate, die für die Patienten keinen oder nur einen geringfügigen (zusätzlichen) Nutzen stiften. Da im Rahmen einer weitgehenden Vollversicherung wie in der GKV weder der Patient noch der verschreibende Arzt den Preis für das Arzneimittel entrichten, fehlt hier auf der Nachfrageseite ein Eigeninteresse bzw. ein Regulativ für ein angemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis. Der Rat schlägt hier eine Nutzenbewertung pharmakologischer Neuerungen durch eine unabhängige Institution vor, wobei diese Kosten-Effektivitäts-Analyse quasi als "vierte Hürde" zu der Prüfung eines Arzneimittels auf Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit hinzutritt. Die Ergebnisse dieser Kosten-Effektivitäts-Studien bilden die Entscheidungsgrundlage für die Zulassung zum GKV-Markt und/oder

den Erstattungsbetrag bzw. Festzuschuss der Krankenkasse. Die sog. "vierte Hürde" führt nicht zu einem Ausschluss eines Produktes aus dem Gesamt- bzw. OTC-Markt, sondern schützt lediglich die Krankenkassen vor nicht leistungsgerechten Preisen bzw. Erstattungen. Die "vierte Hürde" beabsichtigt nicht, therapeutisch erfolgreiche Innovationen von der Preis- bzw. Erstattungsseite her zu beschneiden, sondern möchte die Forschungsaktivitäten der Hersteller von den Analogpräparaten stärker in Richtung von pharmakologischen Neuerungen mit gesamtwirtschaftlich vorteilhaften Kosten-Effektivitäts-Relationen verlagern.

96. Vor dem Hintergrund von zunehmender Globalisierung, europäischer Integration und Entwicklungen des Internet bzw. E-Health-Commerce bieten die von Land zu Land immer noch großen Preisunterschiede bei Arzneimitteln für Patienten und Krankenkassen künftig Chancen, durch den Einkauf im Ausland Preisersparnisse zu erzielen. Die entsprechenden Möglichkeiten stehen Patienten im Rahmen der Selbstmedikation schon heute offen, während hier im gewerblichen Handel und für die Krankenkassen noch rechtliche Schranken der Realisierung von Einsparpotenzialen entgegenstehen. Die deutschen politischen Entscheidungsträger sollten sich auch in dieser Hinsicht Reformen nicht verschließen und die Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte nicht nur als Bedrohung inländischer korporativer Strukturen, sondern auch als Chance zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung im Gesundheitswesen begreifen. Grundsätzlich lassen sich auch beim Versandhandel mit Arzneimitteln die notwendigen Qualitätserfordernisse durch eine gezielte Rahmenordnung sicherstellen. Ein mengenorientierter Distributionsaufschlag oder eine andere Änderung der Arzneimittelpreisverordnung könnten beim Versandhandel einer Selektion bzw. "Rosinenpickerei" entgegenwirken. Mit Berufung auf das noch geltende deutsche Recht, dessen Europatauglichkeit vielfach in Zweifel steht, mögen sich europaweite Konvergenzprozesse kurzfristig aufschieben bzw.

abbremsen, aber kaum schon auf mittlere Frist verhindern oder umkehren lassen. Mit einer rückwärtsge wandten Strategie laufen die deut schen Leistungserbringer und ihre Verbände Gefahr, auf einem relevan ten Wettbewerbsfeld den internatio nalen Anschluss zu verlieren.

97. Soweit die internationalen Preis differenzen bei Arzneimitteln aller dings auf unterschiedlichen Mehr wertsteuersätzen aufbauen, spiegeln sie keine Effizienzvorteile wider. In diesem Kontext plädiert der Rat für eine Ermäßigung des deutschen Mehrwertsteuersatzes zumindest für Arzneimittel, die zu Lasten der GKV gehen. Diese Entlastung für die GKV in Höhe von knapp 3 Mrd. DM stellt zwar eine reine Umverteilung inner halb der öffentlichen Haushalte dar, sie erscheint aber aus arbeitsmarkt bzw. beschäftigungspolitischen Gründen und auch insofern berech tigt, als die bisherigen Lastenver schiebungen für die GKV meist mit Mehrausgaben und/oder Minderein nahmen einhergingen. 86

9.2 Schöpfung von Effektivitätsreserven durch Abbau von Über- und Unterversorgung und Verbesserung der Compliance

98. Mit dem Ziele einer effektiveren Pharmakotherapie bietet die Ein schränkung von sog. umstrittenen Arzneimitteln einen Ansatzpunkt zur Ausschöpfung von Einsparpotenzia len. In all diesen Fällen einer noch ineffektiven und ineffizienten Arznei mitteltherapie handelt es sich um eine Überversorgung, die bei den sog. umstrittenen Arzneimitteln auch mit einer Fehlversorgung einherge hen kann.

Eine Überversorgung mit Arzneimit teln tritt auf, wenn Medikamente entweder generell keine Wirksamkeit besitzen oder nicht indikationsge recht zum Einsatz kommen. Das immer noch beachtliche Verordnungsvolumen an sog. umstrittenen Arz neimitteln geht vornehmlich darauf zurück, dass sich von ca. 45.000 Fer tigarzneimitteln noch im Mai 2001 gut die Hälfte in der Nachzulassung ohne eine Prüfung auf ihre Qualität, therapeutische Wirksamkeit und Un

bedenklichkeit im Verkehr befanden. Infolge der Verschärfung der Nach zulassungsfrist durch die 10. AMG-Novelle verschwinden die meisten ungeprüften Medikamente spätes tens Mitte 2003 vom Markt, so dass danach fast jedes Arzneimittel via Zulassung eine therapeutische Wirk samkeit beanspruchen kann. Es er scheint rechtlich unsicher, ob dann die jetzigen Kriterien des § 33a SGB V zur Erstellung einer "Liste verord nungsfähiger Arzneimittel" eine Ab grenzung der angestrebten Positivlis te erlauben werden. Eine entschei dende Verbesserung der Effektivität der Versorgung verspricht erst die Integration von Arzneimitteln in evi denzbasierte, leitliniengestützte Be handlungsstrategien und deren weit verbreiteter Einsatz.

99. Sowohl die Aussagen der vom Rat befragten Organisationen als auch die vom Rat durchgeführten Analysen (vgl. Band III des Gutach tens 2000/2001) erbrachten zahlrei che gesicherte oder ernstzunehmen de Hinweise darauf, dass in unter schiedlichen Bereichen der Arznei mitteltherapie gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung vorliegen. Der Rat hat diese Probleme anhand ausgewählter prioritärer Indikations gebiete, u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische, obstruktive Lungenerkrankungen (einschließlich Asthma bronchiale), depressive Störungen, Diabetes so wie Schmerztherapie bei Krebspati enten, exemplarisch dargestellt. Im Ergebnis kann das Arzneimittelbud get allein die bestehende Unterver sorgung sowohl mit bereits lange etablierten (tendenziell niedrigpreisigen) als auch neuen (tendenziell hochpreisigen) Medikamenten nicht hinreichend erklären, ebenso wenig das gleichzeitige Vorliegen von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die vorhandenen Daten und Erfahrungen deuten vielmehr darauf hin, dass auch mangelhafte pharmakothera peutische Kenntnisse der verordnen den Ärzte und deren Abweichen von Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien zu einem nicht unbeträchtlichen Teil für die Versorgungsdefizite im Arzneimittelbereich verantwort lich zeichnen. Eine Über-, Unter- und Fehlversorgung kann aber auch

schon im Vorfeld der Therapie durch eine unzureichende und fehlerhafte Erkennung behandlungsbedürftiger Beschwerden und Risikofaktoren ent stehen. So geht z. B. ein beträchtlicher Teil der medikamentösen Unterversorgung von Patienten mit Hy pertonie oder depressiven Störungen darauf zurück, dass die Beschwerden nicht, nicht rechtzeitig oder nicht zutreffend diagnostiziert werden und dementsprechend auch nicht sach gerecht therapiert werden. Weitere Gründe für eine nicht bedarfsgerechte Versorgung mit Arzneimitteln lie gen in einer suboptimalen Gestal tung der Arzt-Patient-Beziehung und daraus resultierenden Compliance-Problemen.

100. Im Rahmen der Arzneimittelver sorgung schränkt die Non-Compliance von Patienten die Effek tivität pharmakologischer Behand lungsstrategien erheblich ein. Es er scheint offensichtlich, dass die Nicht-Befolgung ärztlicher Arzneimittelver ordnungen insbesondere bei chroni schen Krankheiten zu erheblichen Effektivitätsverlusten führen kann, die in der Regel noch mit einer Ver schwendung von Ressourcen einher gehen. Unter diesem Aspekt erfährt das Compliance-Problem, gemessen an Ausmaß und Bedeutung, nicht die Aufmerksamkeit, die ihm ge bührt. Bereits bei der Darstellung klinischer Studien stellen Compliance-Angaben eine Seltenheit dar.

Insbesondere die neuere Forschung liefert Anhaltspunkte dafür, dass es die Compliance fördert, wenn Pati enten aktiv in die therapeutische Ent scheidung einbezogen werden und Eigenverantwortung für das Krank heitsmanagement übernehmen. Wie die ärztliche Erfahrung jedoch zeigt, kennen viele Patienten die Wirkungs weise der verordneten Medikamente nicht und besitzen nur unscharfe Vorstellungen über deren therapeutische Zielsetzung. Nach Auffassung des Rates sollten daher Informations angebote entwickelt werden, die sich an den Patienten unmittelbar in der Sprechstunde richten. Er denkt hier z. B. an einfache und verständliche, bildhafte Informationsgrundlagen, die einen Einblick in die Patho genese, das Therapieziel und die un

mittelbare Wirksamkeit des verordneten Medikamentes gewähren. Als praktische Empfehlung scheint es vernünftig, die immer wieder geforderte Anregung, Beipackzettel patientenbezogen umzugestalten, aufzugreifen bzw. endlich – über gelungene Einzelfälle hinaus – breitbasig umzusetzen.

Das Compliance-Problem verdeutlicht, insbesondere wenn man seine ökonomische Dimension berücksichtigt, dass sich im Gesundheitswesen von dieser Seite erhebliche Rationalisierungsreserven eröffnen. Sie können jedoch nur erschlossen werden, wenn in der Medizin eine Bereitschaft zu einem kritischen Umdenkungsprozess besteht. Zur Förderung der Compliance und im Interesse der Patientensicherheit und Behandlungsqualität bedarf es einer Intensivierung der Versorgungsforschung, welche Risiken und Nutzen von praktischer Pharmakotherapie unter alltagsnahen Bedingungen an hinreichend großen Fallzahlen evaluiert.

Vor diesem Hintergrund gewinnt ein längerfristiges Arzneimittel-Controlling (z. B. im Rahmen einer befristeten Zulassung) zusätzlich an Bedeutung.

101. Es erscheint angesichts des gleichzeitigen Vorliegens von Über-, Unter- und Fehlversorgung und ihrer vielfältigen Ursachen wenig hilfreich, darüber zu streiten, ob derzeit in der Arzneimitteltherapie per saldo die Über- oder die Unterversorgung überwiegt, zumal die entsprechenden empirischen Analysen auf teilweise extremen Annahmen aufbauen. Die zentrale Aufgabe besteht vielmehr darin, die Rationalisierungsreserven zeitnah auszuschöpfen und in die unterversorgten Indikationsbereiche umzulenken. Die hierzu erforderliche Reallokation der Mittel sieht sich zunächst mit dem Problem konfrontiert, dass sich das Einsparpotenzial nicht ad hoc in vollem Umfange ausschöpfen lässt, während der Abbau von Unter- und Fehlversorgung einer zeitnahen Lösung bedarf. Zudem

fehlt ein Allokationsmechanismus, der die eingesparten Mittel zielorientiert in die unterversorgten Indikationsbereiche steuert. Die Arzneimittelbudgetierung trug zwar wesentlich zum Rückgang der sog. umstrittenen Medikamente bei, vermochte aber darüber hinaus keine strukturelle Steuerungswirkung zu entfalten. In dieser Hinsicht besitzen arztgruppen- oder gar indikationsspezifische Richtgrößen zumindest konzeptionell eindeutige Vorzüge. Diese sollten allerdings von entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung flankiert werden. Langfristig stellt der Ausbau spezifischer arztbezogener (u. a. evidenzbasierte Arzneimittelleitlinien, Verbesserung der pharmakotherapeutischen Qualifikation) und patientenbezogener (u. a. verbesserte Patienteninformationen, gezielte Complianceförderung) Qualitätsmaßnahmen aus Sicht des Rates die aussichtsreichste Strategie dar, um Effektivitätsreserven durch Abbau bzw. Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu schöpfen.

Für mehr Effizienz die kartellähnlichen Strukturen aufbrechen (Langfassung)

Patientenorientierung statt Anbieterkartelle

von Florian Gerster

Patientenorientierung statt Anbieterkartelle

Chancen für eine Gesundheitsreform 2003

In die Gesundheitspolitik ist Bewegung gekommen. Im vergangenen Jahr wurden zahlreiche wissenschaftliche Gutachten und politische Papiere zur Reform des Gesundheitswesens vorgelegt und diskutiert. Abgerundet wurde das gesundheitspolitische Jahr durch die Gutachten der Friedrich-Ebert-Stiftung, des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) und des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie nicht zuletzt durch die Reformkonzeption des Bundesgesundheitsministeriums. Dass durch die Reformvorschläge eine intensive politische und gesellschaftliche Diskussion ausgelöst wur-

de, ist zu begrüßen. Zu begrüßen ist auch, dass die Schnittmenge der Reformvorschläge größer ist, als zu Beginn der Debatte zu hoffen war. Diese Schnittmenge, die in der Forderung nach mehr Qualität und Effizienz, nach mehr Wettbewerb und Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung liegt, bietet Chancen für eine grundlegende Gesundheitsreform nach der Bundestagswahl im Herbst.

Es besteht Handlungsbedarf: Die drastischen Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln und die schwache Konjunktur haben Löcher in die Budgets der Gesetzlichen Krankenkassen gerissen. Dadurch entstand Druck auf die Beitragssätze. Mit dem Anstieg der durchschnittlichen Beitragssätze auf etwa 14 Prozent rückt das ehrgeizige Ziel, die Sozialversiche-

rungsabgaben unter die Grenze von 40 Prozent zu drücken, weiter weg. Diese Marke zu erreichen, wäre nicht nur aus beschäftigungspolitischen Gründen wichtig; Die Lohnnebenkosten schlagen auch in der personalintensiven stationären Versorgung zu Buche.

In dieser Situation liegt es nahe, kostendämpfend in das Gesundheitssystem einzugreifen. Der vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Gesetzentwurf zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben sah dies vor: Mit der gesetzlichen Anhebung der Apothekenrabatte, der Preissenkung bei innovativen Arzneimitteln und der "Aut-idem-Regel" wurde ein Sparpaket geschnürt, das rund eine Milliarde Euro an Einsparungen bringen sollte. Inzwischen wird das Einsparvolumen auf etwa eine halbe

Milliarde Euro im Jahr geschätzt. Kostendämpfende Eingriffe sind eine Daueraufgabe der Gesundheitspolitik, um die Überforderung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verhindern. Die lange Reihe von Kostendämpfungsgesetzen, die seit Beginn der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts verabschiedet wurde, hat jedoch gezeigt, dass von solchen Maßnahmen nur begrenzte Erfolge zu erwarten sind.

Das Heil der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt auch nicht darin, mehr Geld ins System zu pumpen. Sicher: Angesichts der prekären finanziellen Lage liegen Veränderungen auf der Einnahmenseite nahe. So könnte dem Anstieg der Beitragssätze entgegengewirkt werden, indem auch Kapitaleinkünfte in die Bemessungsgrundlage einbezogen werden. Das wäre in einer Gesetzlichen Krankenversicherung, die auf dem Leistungsfähigkeitsprinzip basiert, durchaus konsequent. Die grundsätzlichen Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung löst man damit jedoch nicht. Mit der Einbeziehung weiterer Einkünfte in die Bemessungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung müsste zudem das Prinzip der hälftigen Finanzierung der (lohnbezogenen) Beiträge durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgegeben werden.

Aktueller Reformbedarf besteht bei der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner: In seinem Urteil vom März des vergangenen Jahres fordert das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber auf, die verfassungswidrige Ungleichbehandlung von freiwillig versicherten und pflichtversicherten Rentnern zu beseitigen. Diese Ungleichbehandlung sieht es darin begründet, dass nur bei freiwillig versicherten Rentnern auch Kapitaleinkünfte in der Gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt werden. Mit Blick auf die Generationengerechtigkeit spricht einiges dafür, bei der Krankenversicherung der Rentner alle Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze einzubeziehen: Leistungsfähige ältere Menschen würden dann einen angemesseneren Teil der Gesundheitskosten tragen, die aktive jüngere Generation könnte entlastet werden. Eine

solche Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils wird bis zu dem vorgegebenen Termin Ende März nicht mehr möglich sein; im Rahmen einer Gesundheitsreform 2003 muss sie jedoch angegangen werden.

Nicht nur der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bescheinigt dem deutschen Gesundheitssystem einen grundsätzlichen Reformbedarf. Auch einschlägige Studien von WHO und OECD belegen, was mittlerweile hinlänglich bekannt ist: Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich mit einem Anteil von rund elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts über das zweit teuerste Gesundheitswesen nach den USA verfügt, sind die Ergebnisse der medizinischen Versorgung nur durchschnittlich. Wir sind weder gesünder, noch leben wir länger als die Menschen in anderen Industrieländern. Erhebliche Mängel bestehen insbesondere bei den Volkskrankheiten wie Herz-, Lungen- und Krebserkrankungen, Schlaganfall, Diabetes und Rückenleiden. Andere Gebiete hingegen - wie zum Beispiel die Kieferorthopädie - weisen eine deutliche Überversorgung auf. Zudem leisten wir uns Überangebote an Krankenhauskapazitäten, Arztpraxen, Arzneimitteln und Medizintechnik. Alleine hier liegen Wirtschaftlichkeitsreserven in erheblichem Umfang. Diese zu nutzen, hat nichts mit der Rationierung von Gesundheitsleistungen zu tun.

Die Ursachen für den anhaltenden Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen liegen zum Teil außerhalb des Systems. Steigendes Gesundheitsbewusstsein und Anspruchsniveau, medizinisch-technischer Fortschritt und die demographische Entwicklung treiben die Kosten in die Höhe. Abgesehen von dem damit verbundenen Druck auf die Lohnnebenkosten stellen steigende Ausgaben in einer alternden Wohlstandsgesellschaft mit veränderten Präferenzen nicht grundsätzlich eine Fehlentwicklung dar.

Das Missverhältnis zwischen Aufwand und Ertrag im Gesundheitswesen weist aber auf die Ineffizienz eines Systems hin, das nicht nur aus Patient und Arzt besteht, sondern

aus einem komplexen - und von unterschiedlichsten Interessen (fehl-) geleiteten - Beziehungsgeflecht zwischen Patienten, Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern. Mangelnder Wettbewerb, falsche finanzielle Anreizstrukturen, fehlende Integration der Sektoren und Ebenen der Versorgung, unzureichende Qualitätssicherung, zu wenig Vorsorge und mangelnde Transparenz sind für unzureichende Ergebnisse des weitgehend selbstverwalteten Gesundheitswesens verantwortlich.

Das magische Viereck der Gesundheitspolitik

Das vorrangige Ziel aller Reformmaßnahmen muss es sein, hochwertige Gesundheitsleistungen effizient bereitzustellen und so Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden. Hierzu sollten die marktwirtschaftlichen Steuerungselemente des Wettbewerbs und der Eigenverantwortung so weit genutzt werden, wie sie nicht dem Prinzip der Solidarität zuwiderlaufen. In diesem "magischen Viereck" mit den Eckpunkten Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Subsidiarität liegt die Herausforderung für eine zukunftsweisende Gesundheitspolitik.

An dem Grundsatz der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ausdrücklich festzuhalten. Der soziale Ausgleich zwischen Kranken und Gesunden, Familien und Alleinstehenden, Leistungsfähigen und weniger Leistungsfähigen muss bestehen bleiben. Auch die hälftige Finanzierung der im Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung festgelegten notwendigen Gesundheitsleistungen durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer steht bis auf weiteres nicht zur Disposition. Vorschläge, die diese Lastenverteilung verändern wollen - sei es durch das Einfrieren des Arbeitgeberanteils oder eine höhere Selbstbeteiligung der Versicherten -, werden in der Volkspartei SPD auf Widerstand stoßen. Das gleiche gilt für die immer wieder geforderte Privatisierung des Krankheitsrisikos. Das Solidarprinzip darf aber nicht mit einem Verzicht auf mehr Eigenverantwortung gleichgesetzt wer-

den. "Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich" - dieser Klausel des Sozialgesetzbuches (§ 1 SGB V) muss in Zukunft mehr Beachtung geschenkt werden.

Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem

Wir brauchen im deutschen Gesundheitswesen mehr Nachfrageorientierung und weniger Anbieterdominanz. Die Gesundheitsreform 2000 hat mit dem Einstieg in die integrierte Versorgung, einem neuen Entgeltsystem für die Krankenhäuser, der Stärkung der Hausarztfunktion und dem Ausbau von Gesundheitsförderung, Prävention und Qualitätsmanagement Weichen für die Zukunft gestellt. Darauf müssen wir aufbauen.

Mehr Effizienz im Gesundheitswesen kann mittel- und langfristig nur erreicht werden, indem der Wettbewerb zwischen den Akteuren verstärkt wird. Das bezieht neben Ärzten und Krankenhäusern, Apotheken und Pharmaindustrie auch die Krankenkassen ein. Dazu müssen die kartellähnlichen Strukturen aufgebrochen werden. Zudem sind Vergütungsstrukturen zu schaffen, die Anreize für eine effiziente und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung setzen. Schließlich gilt es, die Transparenz des Versorgungsgeschehens zu erhöhen und die Kompetenz der Patienten zu stärken.

Anreizwirksame Vergütungen im stationären und ambulanten Sektor

Das bisherige Entgeltsystem im ambulanten und im stationären Sektor führt - in Verbindung mit der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Patient, Krankenkasse und Leistungsanbieter - dazu, dass der Anbieter die Nachfrage nach seinen Leistungen und damit sein Einkommen durch die Gestaltung der Behandlung mit bestimmen kann. Das bewirkt tendenziell eine Ausweitung der Leistungen und Ausgaben über das medizinisch Notwendige hinaus. Zudem werden die Patienten durch unnötige Untersuchungen und Behandlungen belastet. Dieser Dynamik wurde bislang mit dem Instrument der Budgetierung entgegengewirkt. Um die Mechanik an sich aus-

zuhebeln, sollte die Vergütung im ambulanten und im stationären Sektor so ausgestaltet werden, dass für Ärzte und Krankenhäuser ein Anreiz zu einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung besteht.

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde ein wichtiger Schritt in diese Richtung gemacht: Schrittweise ab 2003 wird in den Krankenhäusern ein umfassendes Fallpauschalensystem - basierend auf Diagnosis Related Groups (DRGs) - eingeführt, das sich am durchschnittlichen Behandlungsaufwand für bestimmte Diagnosen orientiert. Diese Pauschalen ersetzen das bisherige Mischsystem aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und Pflegesätzen. Auf diese Weise wird für die Krankenhäuser ein finanzieller Anreiz geschaffen, eine überlange Verweildauer und unnötige Maßnahmen zu vermeiden. Der Druck zu höherer Wirtschaftlichkeit wird zu Schwerpunktbildungen, Fusionen und der Schließung unrentabler Abteilungen führen, was angesichts der Überkapazitäten im stationären Sektor nur als erwünscht bezeichnet werden kann.

Ein solcher Anpassungsprozess darf nicht durch eine traditionelle "bettenfixierte" Landeskrankenhausplanung verhindert werden, die bestimmte Abteilungen und Standorte auf Jahre hin festschreibt. Die Bundesländer müssen stattdessen eine Rahmenplanung entwickeln, die sich auf Mindeststandards für einzelne, vor allem ländliche Regionen beschränkt. Mittelfristig wird sich die Öffentliche Hand aus der Investitionsfinanzierung zurückziehen müssen. Die Investitionen sind dann über Abschreibungen in die Fallpauschalen einzurechnen. Dies wäre der Übergang zu einer monistischen Finanzierung der Krankenhäuser, wie sie im Zuge der Gesundheitsreform 2000 vorgesehen war.

Der mit der Einführung von Fallpauschalen verbundenen Sorge, die Qualität der Leistungen könne leiden, muss mit qualitätssichernden Maßnahmen wie evidenzbasierten Behandlungsleitlinien begegnet werden. Zudem gilt: Gerade unter den Rahmenbedingungen eines Fallpau-

schalensystems wird es sich kein Krankenhaus leisten können, mit unzulänglichen Behandlungen und vorzeitigen Entlassungen zukünftige Patienten abzuschrecken.

Der nächste Schritt zu einer anreizverträglicheren Vergütung im Gesundheitswesen liegt im Übergang zu Pauschalentgelten im ambulanten Sektor. Danach würden sich die Einnahmen von Hausärzten im wesentlichen nach der Zahl ihrer Patienten (morbiditätsorientierte Kopfpauschalen), die Einnahmen von Fachärzten eher nach der Art der Diagnose (Fallpauschalen) bestimmen. Auf diese Weise könnten auch hier Wirtschaftlichkeitsreserven genutzt, Überkapazitäten abgebaut und die Qualität verbessert werden. In einem solchen Vergütungssystem wären für die behandelnden Ärzte die Gesunderhaltung oder die Beschleunigung der Genesung wirtschaftlich am interessantesten. In einem System pauschaler Vergütungen wird die Fähigkeit von qualifizierten und erfahrenen Ärzten, die Behandlung ihrer Patienten auf das medizinisch Gebotene zu reduzieren, belohnt.

Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelsektor

Gerade der kostenintensive Arzneimittelsektor bietet Wirtschaftlichkeitsreserven. Laut jüngstem Arzneiverordnungsreport hätte die Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2000 über acht Milliarden Mark einsparen können, ohne dass die Patienten schlechter versorgt worden wären. Einsparpotenziale liegen insbesondere in der konsequenteren Verschreibung preiswerterer Nachahmerprodukte ("Generika") sowie im Verzicht auf in der Wirkung umstrittene Medikamente und auf Scheininnovationen ("me-too-Präparate"), die mit neuem Patent und neuem Namen, aber nur unwesentlichen Veränderungen gegenüber Vorgängerprodukten die Preisbindung umgehen. Der Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben setzt mit der vorgesehenen "Aut-idem-Regelung", wonach der Arzt in der Regel nur Wirkstoffe verschreibt und der Apotheker das jeweilige Medikament unter Wirtschaftlichkeitsaspek-

ten auswählt, an diesen Punkten an. Dieser Regelung muss ein veränderter Rahmen für die Preisbildung in der Apotheke folgen.

Grundsätzlich sollte der ärztlichen Selbstverwaltung die Chance gegeben werden, eigene Instrumente zur Kostendämpfung einzusetzen. Ganz offensichtlich sind die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Steuerung der Verschreibungspraxis in sehr unterschiedlichem Maß erfolgreich: Die deutlichen Differenzen bei den Arznei- und Heilmittelausgaben können nicht nur mit regionalen Besonderheiten erklärt werden. Ein wesentlicher Ansatz zur Verbesserung des Ordnungsverhaltens ist die im Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz vorgesehene Pflichtberatung der Ärzte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Greifen die Maßnahmen der Selbstverwaltung nicht, könnte zumindest vorübergehend auf das Instrument der Budgetierung zurückgegriffen werden. Da die Ärzte mit ihrem Rezeptblock das zentrale Steuerungsmittel für die Arzneimittelausgaben in der Hand haben, könnten vorläufig die Budgets für ambulante Versorgung und für Arznei- und Heilmittel in einem Gesamtbudget "Ambulante Versorgung" zusammengeführt werden.

Bedauerlich ist, dass die Einführung der so genannten Positivliste verschoben wurde. Mit dieser Liste von Arzneimitteln, die in ihrer medizinischen Wirkung unumstritten und daher im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig sind, werden Qualität und Transparenz der Arzneimitteltherapie erhöht und die Kostensteuerung verbessert. Ein großer Teil der Ärzte begrüßt dieses Instrument.

Mittelfristig muss auch im Arzneimittelsektor der Wettbewerb erhöht werden. Ein Anfang könnte darin liegen, den Versandhandel für den planbaren Medikamentenverbrauch chronisch Kranker zuzulassen. Da die Vertriebskosten bei Medikamenten bis zu 40 Prozent des Preises ausmachen, könnten die Krankenkassen erhebliche Ausgaben sparen.

Mehr Vertragsfreiheit für die Kran-

kenkassen

Die kartellähnlichen Strukturen der Selbstverwaltung - mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Plankrankenhäusern auf der einen Seite und den Gesetzlichen Krankenkassen und ihrem "Kontrahierungszwang" auf der anderen Seite - stehen einer stärker marktwirtschaftlichen Orientierung des Gesundheitswesens im Wege. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wurde mit der seit 1996 bestehenden weitgehend freien Krankenkassenwahl für die Versicherten eröffnet. Mit dem Risikostrukturausgleich sollte die Basis für faire Bedingungen geschaffen werden. Dieser Finanzausgleich soll die ungleichen Ausgangspositionen, die sich aus der unterschiedlichen Versichertenstruktur der einzelnen Krankenkassen (hinsichtlich Alter, Geschlecht, Invalidität und Einkommen) ergeben, kompensieren.

Die dramatischen Wanderungsbewegungen von jungen, gesunden und gut verdienenden Versicherten zu den billigeren Betriebskrankenkassen deuten jedoch darauf hin, dass gravierende Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen bestehen. Aus diesem Grund muss der Risikostrukturausgleich so weiter entwickelt werden, dass der Gesundheitszustand der Versicherten besser berücksichtigt wird. Ein solcher morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich ist für das Jahr 2007 vorgesehen.

Der Einstieg in den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen bleibt so lange halbherzig, wie er sich auf das Merkmal "Höhe des Beitragssatzes" beschränkt. Der (an verschiedenen Stellen des Sozialgesetzbuches SGB V) gesetzlich verankerte Grundsatz, wonach alle Kassen "einheitlich und gemeinsam" zu handeln haben, schränkt den Gestaltungsspielraum zu stark ein. Profilierungsmöglichkeiten bieten sich derzeit vor allem bei Service, Erreichbarkeit und Image.

Soll der Wettbewerb auch die Art der Leistungserbringung durch die Krankenkassen umfassen, darf nicht länger an dem Prinzip "einheitlich und gemeinsam" festgehalten werden. Es spricht nichts dagegen, dass die

Krankenkassen eigene Vertragsbedingungen mit einzelnen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern aushandeln und so gegebenenfalls eine große Mitgliederzahl als Nachfragemacht und Wettbewerbsvorteil nutzen. Auf dieser Basis könnten neue Versorgungsformen (Hausarztmodell, integrierte Netze) eingeführt werden. Für Versicherte, die an qualitativ und wirtschaftlich optimierten Strukturen teilnehmen, sind Beitragssatzsenkungen denkbar.

Eine Abkehr vom Prinzip "einheitlich und gemeinsam" würde nicht nur den Wettbewerb der Krankenkassen um potenzielle Mitglieder erhöhen: Solange sie mit allen zugelassenen Ärzten eines Versorgungsgebietes und mit allen Plankrankenhäusern Verträge abschließen müssen, besteht für die Anbieter kein Anreiz, sich durch ein besonders günstiges Kosten-Leistungs-Verhältnis auszuzeichnen. Individuelle Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern würden dagegen Honorarverhandlungen und Qualitätskontrollen ermöglichen. Der forcierte Wettbewerb würde angesichts sich zunehmend verengender Verteilungsspielräume bei leistungsfähigen Ärzten und bei gut geführten Krankenhäusern kaum auf Ablehnung stoßen. Sicher würde es zum Abbau von Überkapazitäten kommen, aber auch zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung. Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wären die Krankenkassen nicht länger gezwungen, ineffiziente Strukturen auf der Anbieterseite zu alimentieren.

Mit dem Einstieg in die Integrierte Versorgung im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurden Direktverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen erstmals ermöglicht. Die integrierte Versorgung zielt darauf ab, die Grenze zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens zu überwinden und so eine effizientere medizinische Versorgung zu erreichen. Dass dieser Ansatz nur sehr schleppend anläuft, hängt nicht zuletzt mit dem Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen: Ihrer Ansicht nach stehen die integrierten Versorgungsformen ih-

rem Sicherstellungsauftrag im Weg.

Diese Blockade soll mit den geplanten "Disease Management Programmen" (DMP) überwunden werden. Mit diesen Programmen, die voraussichtlich ab Mitte des Jahres umgesetzt werden, nehmen die Krankenkassen eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen an: eine bessere und mittelfristig auch kostengünstigere Versorgung chronisch Kranker. In der Diskussion sind DMP für Diabetes, Bluthochdruck, Asthma, Brustkrebs, Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Erkrankungen der Herzkranzgefäße. Die konkrete Ausgestaltung bleibt den Krankenkassen überlassen. Jedes einzelne DMP wird jedoch vor seiner Einführung auf festgelegte Qualitätskriterien hin überprüft und durch das Bundesversicherungsamt zertifiziert.

Unter dem Strich stellen die Programme einen Baustein zu einer qualitätsgesicherten integrierten Versorgung (bestehend aus einem Netz ausgewählter Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Heilmittelerbringer und Reha-Anbieter) dar. Als Einkaufsmodele, die auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden können, werden sie deren Macht einschränken und die Versorgungslandschaft nachhaltig verändern: Geht man davon aus, dass sich nur die Hälfte der Zielgruppe der chronisch Kranken in solche Programme einschreiben, wäre etwa ein Viertel der gesamten ambulanten Vergütung gebunden.

Neue Rolle für die Kassenärztlichen Vereinigungen

Vor diesem Hintergrund muss die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen und insbesondere ihr Sicherstellungsauftrag überprüft werden. Der Auftrag des Gesetzgebers an die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen, ist im Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelt. Dort heißt es: "Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen." Und weiter: "Die vertragsärztliche Versorgung ist (...) durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereini-

gungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden".

Bemerkenswert ist, dass der Gesetzgeber den Sicherstellungsauftrag keineswegs nur den Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern auch den Krankenkassen gegeben hat. Bevor die Kassenärztlichen Vereinigungen Anfang der 30er Jahre des letzten Jahrhunderts als Gegengewicht zum Nachfragemonopol der Krankenkassen gegründet wurden, lag der Sicherstellungsauftrag sogar ausschließlich bei den Kassen. Da durch die neue Konstellation unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen Kassen und Ärzten nicht mehr möglich waren, mussten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewähr für eine ordnungsgemäße ambulante Versorgung übernehmen.

Entsprechend wird der allgemeine Sicherstellungsauftrag im SGB V konkretisiert: "Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben die vertragsärztliche Versorgung (...) sicherzustellen." Den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber übernehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewähr dafür, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Den Vertragsärzten gegenüber haben die Kassenärztlichen Vereinigungen für eine angemessene Vergütung zu sorgen.

Lange Zeit sorgte die heutige Selbstverwaltung für sozialen Frieden und für eine zuverlässige Versorgung der Bevölkerung. Der Sicherstellungsauftrag geht einher mit einem Verzicht der Vertragsärzte auf das Streikrecht und der politischen Mitverantwortung der Ärzteschaft für den Zustand und das Funktionieren des deutschen Gesundheitswesens. Die auf diese Weise erreichte Stabilität begründet aber auch die Inflexibilität des Systems. Neue Versorgungsformen lassen sich in diesen Strukturen kaum durchsetzen.

Es stellt sich die Frage, ob der Sicherstellungsauftrag in Zeiten der Überversorgung und der gestiegenen Mobilität der Menschen noch notwendig ist oder durch andere Institutionen übernommen werden kann. Schon heute regelt das Sozialgesetzbuch den Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen für besondere Fälle, in denen die Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht sichergestellt wird. Dem können die Kassen durch den Abschluss von Einzel- oder Gruppenverträgen mit Leistungsanbietern oder durch die Errichtung von Eigeneinrichtungen nachkommen. Die gänzliche Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen wäre deshalb konsequent.

In einem wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem bedarf es grundsätzlich keines Gegengewichts zur Nachfragemacht der Krankenkassen. Das ursprüngliche Mandat der Kassenärztlichen Vereinigung, alleiniger Träger der Beziehungen der Kassenärzte zu den Krankenkassen zu sein, würde mit dem Einstieg in Einkaufsmodele an Bedeutung verlieren. Die Kompetenzen könnten auch weiterhin genutzt werden: Ein neuer Aufgabenschwerpunkt der ärztlichen Selbstverwaltung sollte in der Qualitätssicherung einschließlich Zertifizierung und der Beratung liegen.

Kompetenz und Eigenverantwortung der Patienten

Die Rolle der Patienten im Gesundheitswesen wandelt sich. Der passive Patient wird vom gut informierten Patienten verdrängt, der aktiv in die medizinische Versorgung eingebunden werden will und den Arzt nicht mehr als "Halbgott in Weiß" ansieht. Diese Entwicklung gilt es zu unterstützen, indem Kompetenz und Eigenverantwortung gestärkt werden.

Die Basis dafür bildet die freie Krankenkassen- und Arztwahl. Die Teilnahme der Versicherten an unterschiedlichen Versorgungsmodellen bedeutet keineswegs eine Einschränkung der freien Arztwahl: Die Versicherten können freiwillig an den Netzstrukturen teilnehmen und unter Wahrung einer Kündigungsfrist jederzeit aussteigen. Zudem: Betrachtet man die Tatsachen nüch-

tern, gibt es die freie Arztwahl heute in vielen Fällen nur auf dem Papier. Was nützt sie einem Patienten, der die Notwendigkeit, die Angemessenheit und die Qualität der ärztlichen Leistungen nicht beurteilen und letztlich nur "Vertrauens- und Sympathiepunkte" vergeben kann?

Mit zunehmendem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern steigen die Wahlmöglichkeiten der Versicherten. Das hat den Vorteil, dass ihre individuellen Präferenzen besser berücksichtigt werden können. Um die Möglichkeiten nutzen zu können, sind jedoch ein höherer Informationsstand der Patienten und mehr Transparenz des Versorgungsgeschehens notwendig. Insbesondere das Arzt-Patienten-Verhältnis muss durchschaubarer werden. So würde zum Beispiel ein offeneres Abrechnungsverfahren den gesetzlich Versicherten die Chance bieten, Art und Umfang der ärztlichen Leistungen besser nachvollziehen zu können. Durch Informationen über die vom Arzt erbrachten Leistungen und seine Vergütung würde auch das Kostenbewusstsein der Versicherten gefördert und die Manipulation von Abrechnungen erschwert. In Rheinland-Pfalz startet jetzt ein Modellprojekt "Patientenquittung".

In einem weiteren Modellprojekt des Landes soll die Versichertenkarte zu einer intelligenten Chipkarte ausgeweitet werden, auf der - wie bei dem vom Bundesgesundheitsministerium angestrebten Gesundheitspass - pharmazeutische und medizinische Informationen über frühere Untersuchungen und Behandlungen des Patienten gespeichert sind. Durch eine solche Erweiterung der Versichertenkarte wird die medizinische Versorgung des Patienten transparenter, die Betreuung durch unterschiedliche Leistungserbringer kann besser koordiniert werden. Das liegt auch im Interesse des Versicherten, dem unnötige Untersuchungen erspart bleiben und der eine medizinische Versorgung von höherer Qualität erhält. Zudem wird die Versorgung sicherer, wenn beispielsweise Arzneimittelunverträglichkeiten im Gesundheitspass vermerkt sind. Eine Pflichtspeicherung der sensiblen In-

formationen ist aus Datenschutzgründen nicht anzustreben; sie würde die Akzeptanz des Gesundheitspasses von Anfang an belasten.

Primärprävention: Gesundheit erhalten

Das deutsche Gesundheitswesen ist zu sehr auf die kurative Medizin ausgerichtet. Gesundheitsförderung und Prävention spielen eine nur untergeordnete Rolle. In Zukunft muss vorrangig danach gefragt werden, was Menschen gesund erhält. Dass damit beachtliche Erfolge erzielt werden können, zeigt das Beispiel der verbesserten Zahngesundheit, insbesondere bei jungen Menschen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommt zu dem Ergebnis, dass sich 20 bis 30 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben durch Prävention vermeiden ließen.

Gesundheitsförderung ist nicht nur Sache des Staates, sondern auch Aufgabe des Einzelnen. Die immer wieder bestätigte Dissonanz zwischen Aufwand und Ertrag des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich ist auch auf den nachweislich ungesunden Lebensstil vieler Deutschen zurückzuführen: Einem erheblichen Missbrauch von Tabak und Alkohol steht ein nur geringer Konsum von Obst und Gemüse gegenüber. Dem muss durch gezielte Kampagnen entgegengewirkt werden.

Mehr Eigenverantwortung der Patienten bedeutet auch, dass im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung kein unbegrenzter Anspruch auf das medizinisch Machbare besteht. Bei der anstehenden Überprüfung des Leistungskatalogs darf die solidarische Absicherung des echten Krankheitsrisikos nicht verworfen werden: Notwendige und wirksame Maßnahmen müssen nach wie vor abgedeckt sein. Hier wird es Abgrenzungsschwierigkeiten geben, die im Einvernehmen aller Beteiligten zu lösen sein werden. Das Instrument Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen oder das vom Bundesgesundheitsministerium vorgeschlagene "Zentrum für Qualität in der Medizin" kann als Modell dienen. Nur wenn der Leistungskatalog um medi-

zinisch nicht notwendige Leistungen bereinigt wird, kann Raum geschaffen werden für die Finanzierung echten medizinischen Fortschritts, etwa in der Krebstherapie. Ein Beispiel für diese Bereinigung ist der Ausschluss kosmetischer Leistungen in der Kieferorthopädie.

Ausblick auf die Gesundheitsreform 2003

In der Gesundheitspolitik gibt es einen neuen Mainstream: Die Forderung nach einer wettbewerbsorientierten Weiterentwicklung des Systems, insbesondere nach einer größeren Vertragsfreiheit für die Krankenkassen, ist gemeinsamer Nenner zahlreicher Reformvorschläge aus Politik und Wissenschaft. Dass der Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit niedergelassenen Ärzten und Plankrankenhäusern aufgehoben und der Grundsatz "einheitlich und gemeinsam" zumindest deutlich eingeschränkt wird, zeichnet sich immer mehr ab. Auch die Notwendigkeit einer stärkeren Konzentration auf integrierte Versorgungsformen, Qualitätssicherung, Prävention, Transparenz und Patientensouveränität ist unumstritten. Nur auf diesem Weg kann ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen erreicht werden, das auch bezahlbar ist: Die Gesamtheit der kurz- und mittelfristig wirkenden Instrumente muss und kann zu einem Einsparvolumen von ein bis zwei Beitragssatzpunkten führen. Diese finanzielle Entlastung wird auch durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt nicht vollständig aufgezehrt werden.

Vor diesem Hintergrund sind alle Akteure des Gesundheitswesens - die niedergelassenen Ärzte, die Krankenhäuser, die Pharmaindustrie und die Apotheker ebenso wie die Krankenkassen - aufgefordert, aktiv an der Gesundheitsreform 2003 mitzuwirken. Und auch die Bundesländer sind in der Pflicht, wenn es darum geht, die Krankenhausplanung an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Wer jetzt nicht auf den bereits anfahrenden Zug der gesundheitspolitischen Neuorientierung aufspringt, kann zum Außenseiter werden. Dies gilt insbesondere

für die Union, die Widersprüche in ihren gesundheitspolitischen Konzeptionen klären muss: Sucht sie das Heil in der Begrenzung des Leistungskatalogs mit einer Differenzierung in Grund- und Wahlleistungen (CDU) oder in höheren Zuzahlungen bei unverändertem Leistungskatalog (CSU)?

Weiterentwicklung des Gesundheitssystems nur im Konsens?

Im sensiblen Gesundheitswesen ist ein Konsens aller beteiligten Gruppen erstrebenswert. Die schwierige

Konstellation der Interessengruppen darf aber nicht zu einer Lähmung der Gesundheitspolitik führen, zu einer Situation also, in der Korrekturen nicht mehr möglich sind. Die Politik muss in dem komplizierten Interessengeflecht als ehrlicher Makler auftreten. Sie muss aber auch den Mut aufbringen, sich über Einzelinteressen hinwegzusetzen.

Die skizzierte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wird bei allen Beteiligten auf Kritik und Widerstand stoßen, die Einkommensverluste und

Machteinbußen befürchten. Eine Systemveränderung kann aber nicht alle Besitzstände wahren; es wird Gewinner und Verlierer geben. Von einer wettbewerbsorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems profitieren die leistungsfähigen Krankenkassen, Krankenhäuser und Ärzte. Die eigentlichen Gewinner einer stärkeren Nachfragerorientierung werden die Versicherten und die Patienten sein.

(aus der Frankfurter Rundschau, 12. 1. 2002)

Für Pharmawerber werden nun die Apotheker zu Objekten der Begierde

"Aut-idem"-Regelung von heute an in Kraft / Experte fordert gezielte Vorgaben zum Austausch der Medikamente

Am heutigen Samstag tritt das Arzneimittelparapaket der Bundesregierung in Kraft. Einige Ärztevertreter hoffen, dass nun der Ansturm der Pharmavertreter auf ihre Praxen nachlässt. Denn künftig soll der Arzt in der Regel nur den Wirkstoff, der Apotheker aber das Medikament aussuchen. Dadurch könnten Apotheker stärker ins Blickfeld der Arznei-Werber geraten

Der Frankfurter Orthopäde Winfried Beck weiß, mit welchen Mitteln die Unternehmen die Ärzte locken: Probepackungen, kleine Geschenke, Essenseinladungen oder Fortbildungsveranstaltungen in Urlaubsgebieten. Nun hofft der Vorsitzende des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte, dass mit Inkrafttreten der "Aut-idem"-Regelung sich solche Formen der Werbung weitgehend erledigen. Wenn die Ärzte überwiegend Wirkstoffe und keine Medikamente mehr verschrieben, erübrige sich "jede Form der Werbung". Der geringere Einfluss der Pharmareferenten werde zu einem Rückgang der Verschreibungen führen und auch die Fortbildung der Ärzte verbessern. Denn an Stelle der von der Industrie gesponserten Veranstaltungen würden verstärkt neutrale Angebote der ärztlichen Selbstverwaltung treten, hofft Beck. "Dies wäre ein großer Erfolg für die Gesundheit der Patienten." An seine Kollegen appelliert der

Vorsitzende des rund 1000 Mitglieder zählenden Verbandes, die Pharmavertreter wegzuschicken.

Ob der Einfluss der Firmen wirklich abnimmt, ist allerdings ungewiss. Denn: Die Regelung, dass der Arzt den Wirkstoff verschreibt und der Apotheker ein Medikament aus dem unteren Preisdrittel auswählt, gilt zum einen nur für Präparate ohne Patentschutz. Außerdem kann der Arzt in diesem Bereich das Medikament dadurch bestimmen, dass er auf dem teureren Präparat besteht - und dies auf dem Rezept deutlich macht - oder von vorneherein ein günstiges Präparat wählt, das der Apotheker dann auch nicht durch ein anderes ersetzen darf.

Dies werde dazu führen, meint Arzneimittelparapaket-Experte Gerd Glaeske, dass Unternehmen ihre Preise am oberen Rand des unteren Drittels positionieren und dann bei den Ärzten stärker dafür werben. Auf jeden Fall, meint Glaeske, würden nun aber die Apotheker zu den "Objekten der Begierde" für die Pharmabranche. Dies betätigen Vertreter der Industrie. Die Beziehung zu den Apothekern werde "enorm wichtig", sagte Hartmut Vennen von der Firma Merck. Auch die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) erwartet, dass sich die Unternehmen stärker für die Apotheker interessieren.

Cornelia Leunig, bei der Industriewerkschaft Bauen, Chemie und Energie zuständig für Außendienstler, weist aber darauf hin, dass die rund 10 000 Pharmavertreter es künftig dann verstärkt mit den Verkäufern der Medikamente zu tun hätten. Wird statt der Beratung der Ärzte nun das Verkaufsgespräch im Vordergrund stehen? An diesem Punkt sieht Glaeske, der "Aut-idem" unterstützt, Klärungsbedarf. Um zu verhindern, dass der Gewinn der Apotheken an Stelle der Qualität der Arznei die Auswahl des Mittels bestimmt, fordert er "zertifizierte Austauschlisten". Die sollen genau festschreiben, welche Produkte die gleiche, hohe Qualität bieten, was durch Vergleichsstudien ermittelt werden soll. Eine Auswahl des Apothekers nach monetären Gesichtspunkten könne so verhindert werden.

Solche Listen lehnen die Apotheker ab. Damit würde ihre Restflexibilität aufgegeben. ABDA-Geschäftsführer Sebastian Schmitz erklärt, die Apotheker ließen sich bei der Substitution "vom Gesetz leiten und nicht von Naturalrabatten".

Verfasst von Wolfgang Wagner, erschienen in der Frankfurter Rundschau vom 23.02.02

Arzneimittel spenden?

Ein Ratgeber für Privathaushalte

(Dies ist die Wiedergabe des Textes einer farbigen Faltblattdruckerei, die über die DIFÄM-Arzneimittelhilfe für eure Apotheken beziehen könnt. Die Bestelldressen befinden sich am Ende des Textes. Das Original ist farbig und bebildert.)

Arzneimittel sind nötig / deshalb Spenden – JA!

Vielerorts fehlen lebensrettende Arzneimittel:

- in Kriegssituationen oder bei Naturkatastrophen,
- in Ländern der südlichen Erdhalbkugel, wo bis zu 50 Prozent der Menschen keinen Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln haben,
- in vielen Ländern des Ostens, wo die Versorgungssituation immer dramatischer wird.

Hier kann Unterstützung von außen, also das Bereitstellen von Arzneimitteln, Leben retten.

Arzneimittelspenden haben aber nicht immer den gewünschten Erfolg, denn

- Spender und Empfänger verständigen sich nicht ausreichend,
- der Spender ist engagiert, aber mit der Situation im Empfängerland wenig vertraut,
- dem Spender stehen fundierte medizinische und pharmazeutische Kenntnisse nicht zur Verfügung.

So konnte es leicht passieren, dass in Bosnien-Herzegowina 17.000 Tonnen der Arzneimittelspenden nicht verwendbar waren. Deren ordnungsgemäße Entsorgung kostete etwa 34 Millionen US-Dollar! Im Kosovo entsprachen rund 50 Prozent der vor allem durch kleinere Organisationen vermittelten Arzneimittel nicht dem Bedarf, in Ostafrika erhielten 53 Prozent der Empfänger laut einer Umfrage nicht das, was benötigt wurde.

Es besteht also Handlungsbedarf.

Ziel des Faltblattes ist es, die Praxis von Arzneimittelspenden zu verbessern.

Arzneimittel sammeln? NEIN!

Arzneimittelsammlungen bringen nicht den gewünschten Erfolg.

Q: Ach ja, Frau Apothekerin, mein Mann bekam so vieles verschrieben und hat nur einen Teil davon genommen. Und nun lagen all diese Packungen im Badezimmerschrank. Ich bringe es einfach nicht fertig, diese teuren Medikamente in den Müll zu werfen.

A: Wir sind verpflichtet, für die Qualität jedes Arzneimittels zu sorgen, deshalb achten wir besonders auf optimale Lagerbedingungen. Im Badezimmer ist es oft feucht und warm, darunter kann die Qualität des Präparates sehr leiden. Deshalb dürfen wir Arzneimittel, die uns zurückgebracht werden, nicht weiterverwenden, auch nicht für Hilfslieferungen. Sie müssen leider vernichtet werden.

Q: Das ist ja schrecklich! Es gibt so viel Not in der Welt!

A: Ja, das stimmt. Aber gerade in Katastrophenfällen sind nur ganz bestimmte Präparate sinnvoll. Auch gibt es in Übersee oft ganz andere Krankheiten als bei uns, zum Beispiel Malaria und Tuberkulose, für die man ganz spezielle Präparate braucht. Und die Sprache: Auf Ihren Packungen stehen wichtige Hinweise, aber alle auf Deutsch. Wer soll das in Afrika verstehen können?

Q: Das wäre kein Problem, meine Tochter kann sehr gut Englisch und könnte das übersetzen.

A: Damit ist es nicht getan, denn es

sind ja nicht nur diese drei Präparate, die Sie hier haben. Andere haben ganz andere Packungen, es gibt ja so viele verschiedene. Hier überall Übersetzungen auszuarbeiten und dazuzupacken ist nicht möglich.

Q: Das ist schade. Ich sah gerade gestern Abend im Fernsehen einen Bericht über die vielen Flüchtlinge. Kann man denn in solchen Fällen wirklich nichts machen?

A: Doch, es gibt zum Glück eine sehr gute Möglichkeit, Arzneimittel zu spenden. Allerdings nicht diese hier, die in Ihrer Hausapotheke lagerten. Alle großen Hilfswerke kaufen die wichtigsten Präparate in Großpackungen zu sehr günstigen Preisen. Und sie kaufen die Medikamente, die im Partnerprojekt, im Katastrophengebiet oder Flüchtlingslager am nötigsten gebraucht werden. Wenn Sie die Arzneimittelhilfe dieser Organisationen mit Geld unterstützen, spenden Sie dadurch indirekt sehr wertvolle Arzneimittel.

Q: Sie haben recht! Wenn ich es mir genau überlege, ist das sehr einleuchtend. Vielen Dank.

Arzneimittel sinnvoll spenden

Gute Vorbereitung ist das Wichtigste bei jeder Arzneimittelspende.

Arzneimittel aus deutschen Haushalten als Hilfslieferungen?

In fast jedem deutschen Haushalt gibt es Arzneimittel, die nicht mehr benötigt werden. Diese haben einst viel Geld gekostet, manchmal ist das Haltbarkeitsdatum noch nicht abgelaufen. Kann man mit ihnen Menschen in wirtschaftlich armen Ländern helfen werden?

Leider: NEIN!

Solche Präparate sind für Hilfsleistungen generell ungeeignet, denn:

- Beschriftungen und Beipackzettel

tel sind in Deutsch abgefasst und werden nicht verstanden.

- Viele bei uns gebräuchliche Arzneimittel sind im Empfängerland unbekannt.
- Auch bei ein- und demselben Wirkstoff machen es viele kleine Einzelpackungen, mit je nach Hersteller variierenden Produktnamen, dem Personal vor Ort schwer, die Übersicht zu behalten. Eine Dauertherapie ist extrem schwierig, auch besteht Verwechslungsgefahr.
- Niemand kann dem Empfänger garantieren, dass die Präparate im Haushalt korrekt gelagert wurden und noch von einwandfreier Qualität sind.
- In wirtschaftlich armen Ländern wird ein ganz anderes Spektrum an Medikamenten benötigt als das, was in Deutschland bei Haushaltssammlungen anfällt.
- Hilfreich ist eine Sendung nur, wenn sie exakt dem Bedarf entspricht. Alle unbrauchbaren Spenden verursachen hohe Kosten für Transport, Sortierung und Entsorgung.

Wohin mit Resten aus der Hausapotheke?

So schwer es auch fällt, es gibt nur eine Antwort: Entsorgung. Vielfach bieten die Apotheken die Rücknahme als Service an, kümmern sich um eine ordnungsgemäße Entsorgung oder geben Rat.

Am besten überzählige Medikamente vermeiden!

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über die Präparate, die Sie noch zu Hause haben, bevor er Ihnen etwas Neues verschreibt.

Beteiligen Sie sich trotzdem an Hilfslieferungen

Humanitäre Hilfsorganisationen können all das leisten, was nötig ist, damit eine Spende hilfreich wird: Sie erhalten Kontakt zum Empfänger und bekommen von ihm eine Bedarfsliste, sie kaufen preisgünstige Großpackungen mit international bekannten Wirkstoffnamen ein, sie sorgen für sachgerechte Lagerung und Transport.

Unterstützen Sie solch eine Organisation mit einer Spende! Vielleicht lassen sich bei einer privaten Feier, einem Gemeindebasar, einem Flohmarkt auch andere zum mitmachen bewegen?

Mit 5 Euro können Sie 150 Menschen zu einem Mittel gegen Würmer verhelfen.

Mit rund 200 Euro statten Sie eine kleinere Krankenstation drei Monate lang mit zwölf Basismedikamenten aus; damit können rund 1.000 Patienten versorgt werden.

Achten Sie darauf, dass Ihre Organisation sich dazu verpflichtete, die **Leitlinien für Arzneimittelspenden** der Weltgesundheitsorganisation WHO zu befolgen. Diese Leitlinien enthalten alle Kriterien, die Voraussetzung einer segensreichen Zusammenarbeit zwischen Spendern und Empfängern von Arzneispenden sind.

Möchten Sie noch mehr tun? Dann fragen Sie bei einer Organisation in Ihrer Nähe, ob ehrenamtliche Mitarbeiter fehlen. Hier lautet die Antwort meistens:

Leider: Ja!

Internationale Regeln für sinnvolle Arzneimittelspenden

In einem gemeinsamen Projekt der WHO und 14 namhaften internationalen Organisationen entstanden die "Leitlinien für Arzneimittelspenden" (guidelines for drug donations) auf folgenden Grundprinzipien:

- Maximaler Nutzen für den Empfänger
- Berücksichtigung des tatsächlichen Bedarfs
- Keine doppelten Qualitätsstandards
- Kommunikation zwischen Spender und Empfänger.

Die Leitlinien wurden 1996 erstmals veröffentlicht, 1999 erschien eine zweite, leicht veränderte Auflage.

Die einzelnen Punkte in Kurzform:

Auswahl der Arzneimittel

1 Arzneimittel sollen nur aufgrund eines ausdrücklich festgelegten Bedarfs und nur nach vorheriger Zustimmung des Empfängers gespendet werden.

2 Alle Arzneimittel müssen in der nationalen Arzneimittelliste des Empfängerlandes oder zumindest in der WHO-Liste der unentbehrlichen Medikamente aufgeführt sein.

3 Darreichungsform und Stärke sollen den Gepflogenheiten im Empfängerland entsprechen.

Qualität und Haltbarkeit

4 Gespendete Arzneimittel müssen aus einer zuverlässigen Quelle stammen und den Qualitätsanforderungen des Spender- und des Empfängerlandes entsprechen.

5 Arzneimittel aus Haushalten oder Ärztemustern dürfen nicht gespendet werden.

6 Nach Eintreffen im Empfängerland müssen die Arzneimittel noch mindestens ein Jahr haltbar sein. Ausnahmen sind nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Empfängers möglich.

Verpackung

7 Die Beschriftung der Arzneimittel muss im Empfängerland verstanden werden. Die generische Bezeichnung ist zu verwenden.

8 Arzneimittelspenden sollen aus Großpackungen bestehen.

9 Der Spende ist eine detaillierte Packliste beizufügen.

Abwicklung

10 Der Empfänger muss über alle Spenden rechtzeitig unterrichtet werden.

11 Die Wertangabe sollte auf dem internationalen Großhandelspreis basieren.

12 Sämtliche Transportkosten bis zum Endempfänger sowie die Einfuhrgebühren sollten vom Spender übernommen werden.

Diese Leitlinien helfen, die Qualität von Arzneimittelspenden zu verbessern.

Der BAV Bayerischer Apotheker-

verband e.V. ist der Berufsverband der bayerischen Apotheker/innen. Ihm gehören in Bayern über 80 % der Apothekenleiter/innen an. Der Verband vertritt die wirtschaftlichen, beruflichen und kulturellen Belange des bayerischen Apothekerstandes. Weitere Informationen unter www.bav-bayern.de

Die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg (LAK) ist die Berufsvertretung der mehr als 10 000 Apotheker/innen im Land, die sowohl in öffentlichen Apotheken als auch in Krankenhäusern, in der Industrie, in der Verwaltung sowie in der Forschung und Lehre tätig sind. Informationen: www.lak-bw.de

Die Apotheker ohne Grenzen leisten weltweit pharmazeutische Hilfe.

Sie versorgen Menschen in Not mit Arznei- und Verbandmitteln sowie medizinischen Geräten. Die Organisation unterstützt präventive Maßnahmen und fördert den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln. Nähere Info: www.apotheker-ohne-grenzen.de

Die Arzneimittelhilfe des DIFÄM, gegründet 1959, verfolgt drei Ziele: 1. Beratung, Beschaffung und Versand von Basismedikamenten und Equipment in mehr als 80 Länder. 2. Beratung und Durchführung von Projekten, die die Herstellung von Arzneimitteln im Empfängerland ermöglichen. 3. Bewusstseinsbildende Maßnahmen: Leitlinien für Arzneimittelspenden, Programm unentbehrlicher Arzneimittel. Umfangreiches Informationsmaterial steht in

verschiedenen Sprachen zur Verfügung. Eine Bestellliste wird auf Wunsch gerne zugesandt. Weitere Informationen auf der Homepage www.difaem.de

Dieses Faltblatt entstand im Rahmen europaweiter Bemühungen, die "Leitlinien für Arzneimittelspenden" bei allen Arzneimittelspendern bekannt zu machen und für deren Umsetzung einzutreten (siehe <http://www.drugdonations.org/de/index.html>). In Deutschland koordiniert die DIFÄM-AMH diesbezügliche Projekte. Weiteres Informationsmaterial wie eine ausführliche Broschüre ist hier erhältlich: DIFÄM-Arzneimittelhilfe Paul-Lechler-Straße 24 72076 Tübingen Tel.: 0 70 71 / 20 65 31 Fax: 0 70 71 / 2 71 25 E-Mail: AMH@difaem.de Text: Albert Petersen/Irene Jung Layout+Satz: WE-DO Rolf Bader 12/2001

Leitantrag der Listen demokratischer Ärztinnen und Ärzte zum Deutschen Ärztetag in Rostock im Mai 2002

Antrag: Für den Erhalt des solidarisch finanzierten Gesundheitswesens – Den Kostendruck durch Qualität mindern

Angesichts der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung und mangelhaften Ressourcenverwertung im deutschen Gesundheitswesen fordert der Deutsche Ärztetag:

- Das solidarisch finanzierte Krankenversicherungssystem muss erhalten bleiben und ausgebaut werden.
- Eine Aufteilung des Leistungskataloges in Wahl- und Regelleistungen wird abgelehnt.
- Die Qualität medizinischer Leistung muss objektivierbarer werden. Nachprüfbarer Qualität soll die Richtschnur der Mittelvergabe werden.
- Die starre Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die sektorale Gliederung des Gesundheitswesens muss weiter aufgelöst werden. Der Sicherstellungsauftrag muss von allen Beteiligten im Gesundheitswesen, der Ärzteschaft und

den Krankenkassen wahrgenommen werden. Eine Beteiligung der Patienten an dieser Aufgabe ist wünschenswert.

- Eine schärfere Kontrolle der Produkte von Pharma- und medizinischer Geräteindustrie ist notwendig. Es dürfen nur noch die medizinisch technischen Geräte und Verfahren eingesetzt werden, deren Nutzen nachgewiesen ist.
- Die Gesundheitsberichterstattung ist zu verbessern. Die Datenlage zur Erarbeitung epidemiologischer Erhebungen ist sehr schlecht bzw. fehlt es an Möglichkeiten, vorhandene Daten auszuwerten.
- Die Mittel im Gesundheitswesen müssen konzentrierter zur Behandlung der großen Volkskrankheiten eingesetzt werden.
- Der sogenannte medizinisch-technische Fortschritt ist kritischer zu bewerten. Nicht jede

medizinische Neuerung sollte unkontrolliert in den medizinischen Alltag übernommen werden. Die totale Medikalisierung der Versicherten muss gestoppt werden. Medizin hat ihre Grenzen. Die Ärzteschaft – und damit auch die Krankenkassen – sind nicht zuständig für jede Missstimmung der Versicherten, andererseits muss die Begrenztheit der Medizin am Lebensende gesehen und respektiert werden.

- Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung müssen angehoben werden mit dem Ziel, langfristig die Versicherungspflichtgrenze vollständig aufzuheben.

Begründung:

1. Der Deutsche Ärztetag setzt sich für die Erhaltung der solidarisch finanzierten Krankenversicherung in Deutschland ein. Jeder Mensch hat den gleichen Anspruch auf Gesund-

heit und Versorgung im Krankheitsfall, Gesundheit darf nicht abhängen von Einkommen oder Vermögen. Gesundheit ist keine Ware, deren Qualität von der Höhe des Preises abhängig ist. Die solidarisch von allen Versicherten entsprechend ihrem Einkommen getragene Versicherung stellt einen Eckpfeiler der sozialen Sicherung und des sozialen Friedens in Deutschland dar, an dem nicht aus kurzfristigen finanziellen Erwägungen heraus gerüttelt werden darf. Solidarische Finanzierung heißt auch, dass sie zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen wird, nur so lässt sich die soziale Verantwortung der Arbeitgeber für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Arbeitnehmer sichern.

2. Der Deutsche Ärztetag spricht sich gegen jede Form der Beitragsauf-trennung in Grund- und Wahlleistungen oder Wahl- und Regelleistungen aus. Wenn sich ein Teil der Versicherten von der Vorsorge gegen bestimmte Risiken ausschließen kann, wird die Versicherung dieser Risiken für den Rest der Versicherten zwangsläufig teurer werden. Eine solche Aufteilung wird das Prinzip des solidarisch getragenen Risikos aushöhlen. Aus dem gleichen Grunde wird auch eine Ausweitung der Zuzahlung der Versicherten zu bestimmten Leistungen abgelehnt. Notwendige medizinische Leistungen müssen für alle Versicherten zu gleichen Bedingungen zugänglich sein.

3. Untersuchungen von OECD und WHO haben gezeigt, dass der Stand der medizinischen Versorgung im internationalen Maßstab nicht den dafür aufgebrauchten Mitteln entspricht. Das deutsche Gesundheitswesen ist teuer und international gesehen nur noch Mittelmaß. Die vorhandenen Mittel werden ineffektiv eingesetzt, zu sehr bestimmen wirtschaftliche Partikularinteressen von Industrie, niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen die Mittelverteilung. Es hat sich gezeigt, dass zunehmende Konkurrenz als Mittel der freien Marktwirtschaft im Gesundheitswesen keine syner-gistischen Effekte hat. Wenn der

wirtschaftliche Vorteil im Mittelpunkt steht, kommen die Interessen der Patienten zu kurz.

4. Der Maßstab einer solidarischen Gesundheitsversorgung kann nur die Qualität der erbrachten medizinischen Leistung sein. Gesicherte und nachprüfbar Qualität muss Steuerinstrument des Mittelflusses im Gesundheitswesen werden. Qualitativ hochwertige Medizin wird langfristig Mittel im Gesundheitswesen einsparen. Deshalb unterstützt und fördert der Deutsche Ärztetag alle Bestrebungen, die Vorsorge und medizinische Behandlung durch Leitlinien und evidenzbasierte Grundsätze auf eine rationale, nachprüfbar Basis zu stellen. Diese Leitlinien müssen regelmäßig evaluiert werden und die Qualität der erbrachten Leistung ist in Verbindung zur Vergütung dieser Leistung zu setzen. Qualität als Maß für medizinische Leistungen wird umso wichtiger als mit steigender Konkurrenz im Gesundheitswesen wirtschaftliche Interessen und ökonomische Argumentation Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen werden. Leitlinien müssen auf wissenschaftlich nachprüfbarer Basis stehen. Sie dürfen nicht zur Durchsetzung von Sonderinteressen missbraucht werden. Die Definition und Überprüfbarkeit von Qualität in der medizinischen Versorgung ist eine schwierige Aufgabe. Es ist ein wesentliches Ziel der verfassten Ärzteschaft, an der Lösung dieser Aufgabe mitzuarbeiten.

5. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens fördert die Ausbildung eines zweiten Gesundheitsmarktes außerhalb des Aufgabenbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Wildwuchs in diesem Bereich wird mit Sorge beobachtet. Der Einnahmerückgang aus der Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung verleitet Kollegen, bei gesetzlich versicherte Patienten außerhalb des Leistungskataloges zu liquidieren. Häufig werden dabei die Grenzen des ethisch Vertretbaren überschritten. Dieser Bereich muss zukünftig schärfer kontrolliert oder gänzlich vom gesetzlichen Versorgungsbereich getrennt werden.

6. Der Kostenanstieg für Arzneimittel ist ein wesentlicher Grund für die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenkassen. Langfristig kann eine evidenzbasierte, rationale Arzneytherapie diese Kosten drastisch reduzieren, kurzfristig sind steuernde Eingriffe in den sich wild entwickelnden Markt erforderlich. Ein Mittel hierfür kann die Einführung der von der Ärzteschaft auf Ärztetagen geforderten Positivliste für Arzneimittel sein. Auch die jetzt eingeführte aut-idem-Regelung stellt – bei allen administrativen Mängeln bei der Einführung – eine sinnvolle Möglichkeit zur Kostenreduktion dar. Die Überwachung der Arzneimittelsicherheit muss verbessert werden. Dringend notwendig ist die verstärkte öffentliche Finanzierung der klinischen Forschung in Deutschland. Es geht nicht an, dass dieser für die Sicherheit von Medikamenten so wichtige Bereich zunehmend von der Pharmaindustrie bezahlt und kontrolliert wird. Da medizinische Forschung im öffentlichen Interesse durchgeführt wird, sollten auch die Versicherten und Patienten als Hauptbetroffene ein Mitspracherecht bei Planung und Mittelvergabe haben. Selbstverständlich aber muss die Industrie für die Erforschung der Anwendungssicherheit ihrer Präparate die finanzielle Verantwortung übernehmen. Die Risiken und der Nutzen des medizinisch-technischen Fortschritts müssen ebenso wie die Arzneimittelsicherheit von einer zentralen Institution, die von allen Beteiligten im Gesundheitswesen getragen wird, beurteilt und für die allgemeine Anwendung freigegeben werden.

7. Ein weiterer kostentreibender Faktor ist die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Die sektoral gegliederten Teilbereiche des Gesundheitswesens von Vorsorge über ambulante, stationäre Versorgung bis hin zur Rehabilitation müssen eng verzahnt werden. Deshalb begrüßt der Deutsche Ärztetag die im Gesundheitsreformgesetz 2000 gemachten Ansätze zur Aufhebung dieser Trennung und fordert weitere Entwicklung in diese Richtung. Insbesondere ist die weitere Einbeziehung der hochtechnisierten Kliniken in die ambulante Versor-

gung der Patienten wünschenswert. Umgekehrt müssen auch die ambulant tätigen Kolleginnen und Kollegen und insbesondere die Allgemeinmediziner Zugang zu den stationären Versorgungseinrichtungen erhalten.

8. Eine Aufhebung des Sicherstellungsauftrags ist unvermeidlich. Den gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger der medizinischen Versorgung steht das Recht zu, den Mittelfluss ihrer Versicherten mit zu kontrollieren und steuern. Um diese Aufgabe übernehmen zu können, müssen die Krankenkassen ihr rein wirtschaftliches Denken zugunsten Versicherten- und Patienten-zentrierten Perspektiven aufgeben. Auch den Versicherten, den Patienten und ihren Selbsthilfegruppen steht ein Mitspracherecht bei der Sicherstellung des Versorgungsauftrages zu. Regionale Gesundheitskonferenzen mit Einbeziehung aller Beteiligten können ein Mittel der Steuerung und Planung des Gesundheitswesens sein.

9. Es ist zu begrüßen, dass die Krankenkassen in Zukunft ihre Mittel zur Bekämpfung der häufigsten Erkrankungen der Bevölkerung konzentrieren wollen. Dies stellt eine sicherere Investition in die Zukunft dar als die Finanzierung spektakulärer, aber in ihren Auswirkungen noch nicht beurteilbarer hochtechnischer Leistungen. Doch ist mit Sorge zu beobachten, dass diese Programme häufig zur ökonomischen Positionierung auf dem Gesundheitsmarkt missbraucht werden. Um den Erfolg dieser Maßnahmen zu kontrollieren ist die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland massiv zu verbessern.

10. Mit zunehmender Spezialisierung der Medizin kommt dem Hausarzt die zentrale Rolle der Koordination und Befundzusammenfassung zu. Er muss der Partner sein, der den Patienten durch die immer undurchsichtiger werdenden Wege des Medizinbetriebes begleitet und leitet. Um seine Entscheidungen nicht durch finanzielle Anreize zu beeinflussen muss seine Bezahlung nach Möglichkeit pauschaliert unter Be-

rücksichtigung des Arbeitseinsatzes erfolgen. Je weiter die ärztliche Leistung vom Geld getrennt ist, um so objektiver kann sie im Sinne der Patienten erbracht werden.

11. Das Gesundheitswesen dient den Interessen der Versicherten. Die Sicherstellung des Wirtschaftsstandortes Deutschland ist nicht Aufgabe des Gesundheitswesens. Die Patienten sollten im Mittelpunkt unseres medizinischen Denkens stehen. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Versicherten einen Großteil unseres Gesundheitswesens und damit auch des ärztlichen Einkommens finanzieren. Deshalb sollten sie ein größeres Mitspracherecht bei der Planung des Gesundheitswesens haben. Die Rechte der Patienten müssen gestärkt werden. Initiativen zur Verabschiedung eines Patientenschutzgesetzes sind - sofern sie wirklich die Rechte der Patienten stärken - zu unterstützen.

Wulf Dietrich für die Listen Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Im Dezember scheiterten in Genf die Verhandlungen zur Biowaffen-Konvention

Startschuss für ein biologisches Wettrüsten?

von Jan van Aken

Bereits im Juli letzten Jahres lehnte die US-Regierung eine Vereinbarung zur besseren Kontrolle biologischer Waffen ab. Am 7. Dezember hat Washington dann auch Verhandlungen zur Biowaffen-Konvention in letzter Minute platzen lassen. Damit steht die Welt bei der biologischen Rüstungskontrolle vor einem Scherbenhaufen, die bislang recht starke weltweite Norm gegen biologische Waffen ist massiv erschüttert worden. Es droht zunehmend ein biologisches Wettrüsten, denn angesichts des Scheiterns der internationalen Verhandlungen sowie der fragwürdigen Biowaffen-Forschung in den USA werden viele Länder nun versucht sein, selbst auch biologische Rüstungsprogramme auf den Weg zu bringen. Der deutschen Bun-

desregierung kommt jetzt eine zentrale Rolle zu: Wenn sie und die europäischen Partner weiter in unkritischer Solidarität mit den USA verharren und keine neuen diplomatischen Initiativen auf den Weg bringen, droht das vollkommene Fiasko in der biologischen Rüstungskontrolle.

Vom 19. November bis zum 7. Dezember 2001 tagte in Genf die 5. Überprüfungskonferenz zur Biowaffen-Konvention. Diese Konferenzen finden alle fünf Jahre statt und sollen - vor allem im Lichte aktueller technischer Entwicklungen - die Gültigkeit und Funktion des globalen Biowaffenverbotes überprüfen und bestätigen. Nach dem Scheitern eines Verifikationsprotokolls im Sommer letzten Jahres kam der Überprü-

fungskonferenz eine besondere politische Bedeutung zu, um möglicherweise neue Initiativen für die totale Ächtung von Biowaffen zu entwickeln und anzustoßen.

Am letzten Tag der Überprüfungskonferenz, am späten Nachmittag, haben die US-Amerikaner jedoch auch diese Verhandlungsrunde durch die Vorlage neuer, für das Gros der Vertragsstaaten vollkommen inakzeptabler Forderungen, zum Scheitern gebracht. Es wurde keine gemeinsame Erklärung verabschiedet, als letzter Rettungsanker wurde die Konferenz nicht aufgelöst, sondern formal auf den November 2002 vertagt.

Es stellt sich die Frage, warum Washington nicht einmal mit einer be-

langlosen Abschlusserklärung leben konnte. Denn in den vorangegangenen drei Verhandlungswochen hatte die US-Delegation bereits konsequent alle innovativen Vorschläge und jedwede Erwähnung rechtlich bindender Verträge aus dem Entwurf der Abschlusserklärung wegdiskutiert. Darunter waren einige konkrete Vorschläge, die nochmals die uneingeschränkte Gültigkeit des Biowaffen-Verbotes unterstrichen hätten. Nicht einmal hamlose Hinweise darauf, dass das Biowaffen-Verbot (natürlich) auch für interne Konflikte wie Bürgerkriege gilt, wurden von den USA akzeptiert. Dies alles war erwartet worden und wurde - wenn auch zähneknirschend - von den anderen Delegierten akzeptiert.

Trotzdem haben die USA es offensichtlich gezielt darauf angelegt, die Überprüfungs-konferenz in jedem Falle ergebnislos zu beenden. Die Reaktionen der europäischen Verbündeten vor Ort waren entsprechend heftig: Diplomaten sprachen von gezielter Demütigung und davon, dass sie von den USA "wie Dreck behandelt" worden seien. Das Vorgehen der USA muss als bewusstes Signal an den Rest der Welt gewertet werden, dass Washington nur dann auf die Vereinten Nationen, auf Diplomatie und Bündnisse setzt, wenn es sie - wie im Afghanistan-Krieg - unbedingt benötigt. Ansonsten setzt die neue US-amerikanische Regierung offensichtlich auf die eigene Stärke. Wettrüsten statt Abrüsten.

Es scheint als wollte die Bush-Administration an diesem Punkt unmissverständlich deutlich machen, dass sie multilaterale Verhandlungen mit - eventuellen punktuellen Ausnahmen - nicht als geeignetes Mittel der Sicherheitspolitik ansehen. Das hatte George W. Bush schon vor seiner Wahl zum amerikanischen Präsidenten deutlich mit den Worten gesagt, jetzt sei nicht die Zeit, veraltete Übereinkommen zu schützen, sondern es sei an der Zeit, das amerikanische Volk zu verteidigen. Diese Doktrin wurde Anfang Dezember in Genf in die Tat umgesetzt.

Die europäischen Verbündeten stehen jetzt da wie die begossenen Pudel. Die rot-grüne Bundesregierung in Deutschland hatte sich gerade in einem Kraftakt für eine Beteiligung am Afghanistan-Krieg und für eine uneingeschränkte Solidarität mit den USA entschieden. Der Dank dafür war eine Demütigung auf diplomatischem Parkett in Genf. Nach dem Scheitern des Verifikationsprotokolls im Juli letzten Jahres hatten die europäischen Regierungen noch still gehalten und diplomatische Initiativen ohne die USA verweigert, um keinen transatlantischen Konflikt in dieser Frage anzuzetteln. Es bleibt zu hoffen, dass das destruktive Verhalten der US-Regierung während der



Überprüfungskonferenz jetzt ein Umdenken in den europäischen Hauptstädten auslösen wird. Der einzige Weg aus der Misere und zur Verhinderung eines globalen biologischen Wettrüstens liegt jetzt darin, mit einer Gruppe von befreundeten Staaten - auch außerhalb Europas - eine neue diplomatische Initiative zur biologischen Rüstungskontrolle zu starten.

Einige Hintergrundinformationen über die Biowaffen-Konvention und die 5. Überprüfungskonferenz

Die Biowaffen-Konvention

Die "Biological and Toxin Weapons Convention" (BTWC) ist wohl einzigartig in ihrem umfassenden und eindeutigen Verbot einer ganzen Waffengattung. Sie wurde 1972 unterzeichnet, trat 1975 in Kraft und wurde bislang von 144 Staaten ratifiziert. Jegliche Entwicklung, Produkti-

on, Lagerung oder Beschaffung von biologischen oder Toxin-Waffen ist verboten. Artikel 1 der Konvention lautet:

Jeder Vertragsstaat (...) verpflichtet sich,

(1) Mikrobiologische oder andere biologische Agenzien oder Toxine, ungeachtet ihres Ursprungs oder ihrer Herstellungsmethode, von Arten und in Mengen, die nicht durch Vorbeugungs-, Schutz- oder sonstige friedliche Zwecke gerechtfertigt sind (...)
niemals zu entwickeln, herzustellen, zu lagern oder in anderer Weise zu erwerben (...)

Die Konvention hat also in erster Linie präventiven Charakter und verbietet jede feindselige Entwicklung oder Produktion biologischer Mittel, ohne jede Einschränkung oder Ausnahme. Sie umfasst nach gängiger Lesart nicht den Gebrauch biologischer Waffen, da dieser bereits durch das Genfer Protokoll von 1925 verboten ist.

In der Konvention werden biologische Waffen auf der Grundlage des so genannten "general purpose criterion", d. h. nach ihrer Zweckbestimmung, definiert. Nicht spezifische Organismen sind verboten, sondern deren Entwicklung für nicht friedliche Zwecke. Das ist unter anderem darin begründet, dass biologische Waffen mit dem dual-use Problem, der zweischneidigen Anwendbarkeit, behaftet sind. Selbst die gefährlichsten natürlichen Organismen können auch für nützliche Zwecke eingesetzt werden. Botulinum gilt als Toxinwaffe Nr. 1, es wird jedoch seit einigen Jahren auch in der Medizin und der Schönheitschirurgie eingesetzt.

Die Definition der biologischen Waffen in der Konvention hat zwar den Vorteil, unabhängig von bestimmten Erregern oder Techniken jeglichen Einsatz von biologischen Agenzien als Waffe mit einzuschließen, sie macht eine Objektivierung und Verifikation der Konvention aber natürlich sehr schwierig. Es lassen sich zwar Laboratorien kontrollieren, nicht jedoch die Köpfe der Forscher.

Ein Zusatzprotokoll zur Stärkung der Konvention scheiterte im August 2001

Die Biowaffen-Konvention ist zwar sehr weitreichend und eindeutig in ihrem Verbot aller biologischer Waffen, sie sieht jedoch keinerlei Verifikations-Maßnahmen vor. 1994 begannen die Vertragsstaaten, ein rechtlich bindendes Protokoll zur Stärkung der Konvention auszuarbeiten. Mitte 2001 lag ein Kompromisstext des Vorsitzenden der Verhandlungen vor, der im Kern auf eine Erhöhung der Transparenz abzielte. Das Konzept umfasst die vier Säulen Erfassung biotechnischer Anlagen ("declarations"), Inspektionen ("visits"), Beseitigung von Unklarheiten ("clarification procedures") sowie Ermittlungen im Verdachtsfalle ("investigations"). Im Laufe der sechs Verhandlungsjahre ist das Konzept sehr stark verwässert worden, vor allem unter dem Druck der USA.

Im August 2001 scheiterten die Verhandlungen, nachdem die USA am 25. Juli in Genf ihre uneingeschränkte Ablehnung des Protokolls verkündet hatten. Die von den USA genannten Gründe für die Ablehnung lassen sich leicht entkräften: Industriegeheimnisse sind durch das Protokoll nicht gefährdet, dies zeigt allein schon die Position der europäischen Industrie, die in dem vorliegenden Entwurf keine Gefahr für ihre sensiblen Informationen sieht. Das Argument, sich lieber auf eigene Geheimdienstinformationen zu verlassen, geht am Sinn des Protokolls vorbei, das ja ausdrücklich ergänzend zu den bisherigen Maßnahmen wirken sollte. Im übrigen ist die Geschichte der Biowaffen auch eine Geschichte des Scheiterns von Geheimdiensten. Und drittens war es nie das Ziel des Protokolls, Missetäter aufzuspüren. Es geht vielmehr darum, von vornherein den Aufbau illegaler Programme zu verhindern, indem man den Aufwand für deren Geheimhaltung so weit in die Höhe treibt, dass Biowaffen eben nicht mehr die "Atombombe des kleinen Mannes" sind.

Die neuen Vorschläge der USA -

alter Wein in neuen Schläuchen

Während internationale Beobachter noch gehofft hatten, dass die Milzbrandattacken in den USA ein Umdenken in der Bush-Administration in Sachen Biowaffen-Konvention auslösen würden, war das genaue Gegenteil der Fall. Mitten in der größten Biowaffen-Angst aller Zeiten stellte die US-Regierung plötzlich große Teile des globalen Biowaffenverbotes in Frage. Am 1. November veröffentlichte das Weiße Haus eine Erklärung von George W. Bush zur Biowaffen-Konvention. Neben Allgemeinplätzen wie ein verantwortlicher Umgang mit Krankheitserregern oder einem Verhaltenskodex für Wissenschaftler enthielt die Erklärung nur unkonkrete Vorschläge oder solche, die sowieso schon Bestandteil der Konvention sind, z.B. die Umsetzung der Biowaffen-Konvention in nationale Gesetzgebung, oder ein UNO-Verfahren zur Klärung von Vorwürfen.

Bereits am 10. Oktober hatte Avis Bohlen, eine der ranghöchsten Abrüstungsdiplomatinnen der USA, in einer Rede vor den Vereinten Nationen verdeutlicht, dass die USA sich im Kampf gegen Biowaffen ausdrücklich nur auf tödliche Erreger beschränken wird. Zudem betonte sie, dass die US-Regierung sich nunmehr auf die Anwendung biologischer Waffen konzentrieren werde. Beide Punkte unterminieren den Präventionscharakter und die allumfassende Gültigkeit der Konvention.

Konkrete Forderungen an die Vertragsstaaten der Biowaffen-Konvention

Nach dem Scheitern von Protokoll und Überprüfungskonferenz sind viele Problempunkte noch ungelöst. Vor allem die folgenden vier Themenbereiche müssen dringend von den Vertragsstaaten der Biowaffen-Konvention angepackt werden, sei es auf der Fortsetzung der Überprüfungskonferenz im kommenden November oder im Rahmen einer anderen diplomatischen Initiative:

Schlupflöcher stopfen:

Die Stärke der Biowaffen-Konvention

liegt gerade darin, dass ausnahmslos jedwede feindliche Anwendung von biologischen Agenzien verboten ist. Die fortschreitende technische Entwicklung macht jetzt jedoch zunehmend die möglichen Schlupflöcher deutlich, die die Konvention bieten könnte. Hier ist angesichts der Entwicklung von Anti-Drogen-Pilzen und Material zersetzender Organismen dringender Handlungsbedarf gegeben. Wir plädieren dafür, dass die Vertragsstaaten klarstellen, dass

- die Biowaffen-Konvention die Entwicklung, Produktion und Lagerung von ausnahmslos allen biologischen Agenzien verbietet, auch von solchen, die gegen Materialien, Pflanzen oder Tiere gerichtet sind;
- die Nutzung von Pilzen zur Vernichtung von Drogenpflanzen unter das Biowaffen-Verbot fällt;
- der Einsatz von Biowaffen in allen Konfliktsituationen verboten ist, auch im Rahmen von Bürgerkriegen, internen Konflikten oder polizeilichen Maßnahmen.

Hierbei handelt es sich nicht um eine Erweiterung oder Veränderung der Konvention, sondern nur um eine Klarstellung. Viele Vertragsstaaten sind bereits der Meinung, dass die oben genannten Punkte bereits in der Konvention enthalten sind. Demgegenüber haben andere Staaten bereits entsprechende Forschungsprojekte an nicht-tödlichen Biowaffen begonnen. Dieser sehr freizügigen Auslegung der Biowaffen-Konvention müssen die Vertragsstaaten begegnen.

Grenzen für die zivile und militärische Defensivforschung:

Um perspektivisch einen militärischen Missbrauch von Gen- und Biotechnologie zu verhindern, müssen klare Regeln für die gentechnische Veränderung möglicher Biowaffen-Agenzien aufgestellt werden. Es wäre sinnvoll, eine international rechtlich bindende Kontrolle von gentechnischen Experimenten einzuführen, die potenzielle Biowaffen-Erreger noch waffentauglicher machen. Dazu würde unter anderem die Übertragung von Antibiotika-Resistenzen auf Milzbrand, Hasenpest oder andere Erreger gehören.

Auf viele dieser Experimente kann in der zivilen Forschung durch Ausweichen auf Alternativ-Methoden verzichtet werden, die wenigen verbleibenden Experimente müssen mit einem Höchstmaß an internationaler Kontrolle und Transparenz begleitet werden. Die Bundeswehr muss hier mit gutem Beispiel voran gehen und Experimente mit genmanipulierten Erregern einstellen, die gegen Antibiotika resistent gemacht wurden. Andere Grenzen für die Defensivforschung betreffen aktuelle Forschungsprojekte in den USA. So müsste durch entsprechende Vereinbarungen verhindert werden, dass gehärtete Biosprengköpfe entwickelt oder Versuche zur Detonation von Aerosolen durchgeführt werden, da es hier praktisch keine zivile Anwendung gibt.

Transparenz:

In den letzten sechs Jahren wurde bereits über Offenlegungspflichten und Laborkontrollen verhandelt, um die Transparenz in Sachen biomedizinischer Forschung zu erhöhen.

Pressemitteilung, 2. Mai 2002

Pharma-Werbung: Patienten lassen sich nicht vor den Karren der Industrie spannen

Mit einer geschickt eingefädelten Diskussionsrunde zur "Arzneimittelinformation" hat der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) versucht, PatientInnenverbände als Lobby gegen das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel einzusetzen. Doch das Vorhaben wurde durch kritische Gruppen vereitelt. Die Patienten ließen sich nicht als "Fußtruppen" der Industrie einspannen.

Zu einem "Roundtable über Information" hatte der VFA Patientengruppen am 19.4. nach Berlin eingeladen. Das klang unverdächtig, denn bessere Information muss doch in jedermanns Interesse liegen. Doch der wahre Zweck der Veranstaltung war, PatientInnengruppen als politische Waffe einzusetzen, damit die Industrie endlich öffentliche Werbung für ihre neuen teuren Medikamente machen kann. Bislang ist dies

Zwar sind diese Verhandlungen vorerst am Widerstand der USA gescheitert, trotzdem muss Transparenz weiterhin als oberstes Ziel der biologischen Rüstungskontrolle gelten. Nur so kann der Aufbau illegaler Biowaffen-Programme weltweit verhindert oder doch zumindest entscheidend erschwert werden. Ohne (niedrigschwellige und regelmäßige) Einblicke in die Forschungen anderer Länder wird sich kein Vertrauen zwischen den Vertragsstaaten herstellen lassen.

Aufbau eines Sekretariats bzw. einer Organisation zum Schutz vor Biowaffen:

Noch sind viele Länder nicht der Biowaffen-Konvention beigetreten, vor allem einige Länder im Nahen Osten nicht. Einige Länder haben auch nicht die Kapazitäten, um den Auflagen der Biowaffen-Konvention nachzukommen. Deshalb sollte ein technisches Sekretariat aufgebaut werden, das als Anlauf- und Informationsstelle dazu beitragen kann, die Konvention zu stärken. Dazu könnte

unter anderem die Erarbeitung einer Modellgesetzgebung zur Umsetzung der Konvention in nationales Recht gehören, oder Hilfestellung bei den jährlichen Meldungen an die anderen Vertragsstaaten im Rahmen der vertrauensbildenden Maßnahmen.

Das sunshine project ist eine internationale Organisation mit Sitz in Hamburg und Austin, Texas. Mit ihrer Arbeit will die Organisation die weltweite Achtung biologischer Waffen stärken. Sunshine project recherchiert, informiert und kritisiert überall dort, wo ein militärischer Missbrauch der Bio- und Gentechnologie droht. In Deutschland ist die Organisation als gemeinnützig anerkannt, Spenden sind steuerabzugsfähig. Weitere Informationen unter: <http://www.sunshine-project.de>

Jan van Aken, sunshine project

*E-Mail: van.aken@sunshine-project.org
Internet: <http://www.sunshine-project.org>*

(aus: FriedensForum 1 / 2002)

verboten, denn es handelt sich um potente Mittel mit teilweise erheblichen Nebenwirkungen. Deshalb dürfen solche Medikamente auch nur durch ÄrztInnen verschrieben werden.

Die Industrie möchte nach dem Vorbild der USA PatientInnen gern direkt beeinflussen. Dort ist seit einigen Jahren solche Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel bei Laien erlaubt - mit drastischen Folgen für die Gesundheitsversorgung: die Ausgaben explodieren, denn es gibt zahlreiche Wunschverschreibungen.

Da die Pharmahersteller wenig Chancen sehen, ihre Werbevorhaben allein durchzusetzen, bemühen sie sich, Patienten für ihre Interessen einzuspannen. Die Strategie der britischen Industrie (ABPI) ist durchgesickert, ein Vertreter der BUKO Pharma-Kampagne brachte sie in die Ver-

anstaltung ein:

Die ABPI hat angekündigt, dass sie nun die Schlussphase ihrer Kampagne einleitet, bevor sie die Regierung und die EU frontal angreift. [...] Es ist die Speerspitze einer wohldurchdachten Kampagne. Der Schlachtplan der ABPI sieht vor, Fußtruppen in Form von Patientenselbsthilfegruppen, wohlgesonnener medizinischer Öffentlichkeit und Gesundheitsberufe - auch Stakeholder' genannt - einzusetzen. Sie sollen eine Debatte über den informierten Patienten anführen. Der Effekt wird eine Schwächung der politischen, ideologischen und professionellen Widerstände sein. [...] Danach wird die ABPI hochpräzise Angriffe auf bestimmte Enklaven der Regulation sowohl in Whitehall und Brüssel durchführen.

Zahlreiche PatientenvertreterInnen fühlten sich missbraucht. Denn ein-

geladen waren sie von dem VFA zu einer Veranstaltung zu Information und nicht zu Werbezwecken.

Christian Wagner von der BUKO Pharma-Kampagne bemerkt dazu: "Wir brauchen bessere und ausgewogene Patienteninformation. Dazu bedarf es aber keiner Gesetzesände-

rung. Eine Lockerung des Werbeverbots für rezeptpflichtige Arzneimittel ist eindeutig ein Schritt in die falsche Richtung. Die Industrie hat den Unterschied zwischen Manipulation und Information offensichtlich noch nicht begriffen. Von ihr ist ausgewogene Information nicht zu erwarten."

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Str. 62
33602 Bielefeld
Tel. 0521 - 60 550
Fax 0521 - 63789
E-Mail: bukopharma@compuserve.com

"Der informierte Patient – Perspektiven der Patientenkommunikation via Internet"

8. Round-Table des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) mit Patientenselbsthilfegruppen

Am Freitag, dem 19. April fand in Berlin eine Veranstaltung mit o.g. Titel statt. Hier ein erweitertes Protokoll dieses Debakels:

Hintergrund dieser Veranstaltung ist die Gesetzesinitiative der EU-Kommission zur Aufhebung des Werbeverbotes für verschreibungspflichtige Arzneimittel (der FaxReport berichtete bereits in der Ausgabe 5-6/2002).

Allerdings wurde in der Einladung mit keinem Wort erwähnt, um was es wirklich ging, so dass für einen großen Teil der etwa 100 Teilnehmer(innen) die Überraschung groß war, als sich herausstellte, um was es denn nun wirklich ging. Viele waren unter der Voraussetzung angereist, dass es wirklich um Patienteninformation via Internet ging.

Hätte die Deutsche AIDS-Hilfe verschiedene Organisationen und Netzwerke im HIV-Bereich nicht im Vorfeld auf diese Veranstaltung aufmerksam gemacht, hätte auch das 8. Round-Table-Gespräch des VFA erneut ohne die Beteiligung von Menschen mit HIV stattgefunden. Das wäre dann – wie hinter vorgehaltener Hand zu erfahren war – aber kein Zufall gewesen. Der VFA war anscheinend nicht an der Teilnahme von HIV-Patienten interessiert und wird es wohl in Zukunft noch weniger sein.

Erstaunlich weiterhin, dass aus dem onkologischen Bereich keine einzige Selbsthilfegruppe anwesend war, ebenso niemand aus den Bereichen

Hämophilie und Hepatitis.

Dr. Peter Liese (CDU), Mitglied des Europaparlamentes und des Ausschusses für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherpolitik ließ in seinem Vortrag "Der mündige Patient – die richtige Information gehört dazu" die Katze aus dem Sack und verortete die gesamte Veranstaltung in den Kontext des Vorstoßes der EU-Kommission.

Er stellte dar, dass die Gesetzesinitiative aus mehreren Teilen besteht. Es geht u. a. auch um die Beschleunigung der Medikamentenzulassung in der EU, den Zugang zu noch nicht zugelassenen Substanzen, um eine Verschärfung des Werbeverbotes und gleichzeitig – befristet auf fünf Jahre – um eine probeweise Aufhebung desselben für die drei Indikationsgebiete HIV, Asthma und Diabetes. Diese Probephase soll wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden. Erst danach soll erneut über ein generelles Verbot oder eine weitere Aufhebung entschieden werden. Laut Liese ist der Entwurf sehr unklar formuliert. So werden in der englischen Sprachversion die Begriffe "advertising" und "information" quasi synonym verwendet, ebenso, wie in der deutschen Version "Information" und "Werbung". Er gab zu, dass Information und Werbung schwer voneinander abzugrenzen sind. Es soll eine freiwillige Selbstkontrolle auf der nationalen Ebene geben. Die Informationen/Werbung soll von der EMEA (European Medical Evaluation Agency – die zentrale europäische Medi-

kamentenzulassungsbehörde) freigegeben werden [was nach dem derzeitigen Entwurf aber heißt, dass die EMEA innerhalb von 60 Tagen widersprechen muss, tut sie das nicht, gilt das Ganze als freigegeben; Anm. d. Red.]. Derzeit würde überlegt, die Produktinformationen "sowie alle weiteren ergänzenden Informationen" freizugeben. Er hob die Bedeutung von Informationen für betroffene Patienten hervor und führte an, dass via Internet Patienten, die der englischen Sprache mächtig sind, auf amerikanischen Seiten Zugriff auf Informationen haben, die nicht-englischsprechenden Menschen verwehrt sind. Diese Ungerechtigkeit gelte es abzubauen.

Seinen Ausführungen zur Folge, sind diese drei Indikationsgebiete ausgewählt worden, weil in ihnen die geringste Wahrscheinlichkeit eines Medikamentenmissbrauchs besteht. "Niemand nimmt AIDS-Medikamente, der kein AIDS hat," so Liese. Die Gesetzesinitiative wurde von Liese mit dem Wunsch von Patienteninitiativen begründet.

In der anschließenden Diskussion wurde Liese darauf hingewiesen, dass es im HIV-Bereich ja bereits ein beschleunigtes Zulassungsverfahren gibt. Dieses Verfahren hat zur Folge gehabt, dass mittlerweile Substanzen mit 24-Wochen-Daten zugelassen werden können (und worden sind) – was verheerende Folgen für die Arzneimittelsicherheit hat. Das kann in niemandes Interesse sein. Zu den Zeiten, als es noch keine oder nur sehr wenige Therapieoptionen gab,

war die Verkürzung der Zulassungsverfahren ein ausgesprochen wichtiger und für manche Patienten lebensrettender Schritt, mittlerweile hat sich die Therapielandschaft allerdings wesentlich verändert und angesichts der Fülle und Art der Nebenwirkungen – muss die Arzneimittelsicherheit wieder deutlich in der Vordergrund treten. Des Weiteren ist in allen Ländern der EU der Zugang zu noch nicht zugelassenen Substanzen über national unterschiedliche Mechanismen gewährleistet, eine Änderung des *status quo* also aus diesen Gründen keinesfalls erforderlich. Der Einschätzung des potentiellen Missbrauchspotentials antiretroviraler Substanzen – aus der Serie: hier kann die Industrie mit Werbung keinen Schaden anrichten – wurde aus dem HIV-Bereich vehement widersprochen. Armin Schafberger, Referent für Medizin und Gesundheitspolitik der DAH, stellte Werbekampagnen von Herstellern antiretroviraler Substanzen vor, zitierte die entsprechenden Abmahnungen der FDA sowie die zugrunde liegenden Studien aus San Francisco (der FaxReport berichtete in seiner Ausgabe 08/2001 vom 30. April 2001). Dessen ungeachtet wurde Liese und das Auditorium darauf hingewiesen, dass eine über 10 Jahre andauernde Auseinandersetzung über die Frage nach dem sinnvollen Startzeitpunkt einer HAART erst in diesem Jahr (bis auf weiteres) beigelegt worden ist, der Streit über die Frage, mit welchen Substanzen sinnvollerweise zu beginnen ist, aber aufgrund der mangelnden Datenlage überhaupt nicht entschieden werden kann. In diesem Umfeld haben naturgemäß Werbebotschaften der Industrie gleichermaßen Einfluss auf das Ordnungsverhalten von Ärzten und auf Patienten. Aufgrund mangelnder Datenlage sind diese Werbebotschaften mit nichts zu unterfüttern, umso mehr, da sie i.d.R. die Komplexität der strategischen Überlegungen, die zur Auswahl einer Medikamentenkombination führen, völlig außen vor lassen.

Liese ruderte mit wachsendem Widerstand gegen die Gesetzesinitiative mehr und mehr zurück und seine Formulierungen wurden immer sub-

stanzloser. Nachdem die Patientenvertreter des HIV-Bereichs Liese bei der Frage, welche Patientenverbände denn nun das Bedürfnis nach dieser Aufhebung des Werbeverbotes gestellt hätten, nicht ohne ein klare Antwort davon kommen ließen, meinte er schließlich, es wäre einer, das könne er beweisen, er habe das Schreiben dabei und könne es vorzeigen. Allerdings war er in der Pause so schnell verschwunden, dass niemand dieses Schreiben gesehen hat.

Projekt Information aus München und die DAH wiesen darauf hin, dass, wenn es der Industrie wirklich um Informationen für Patienten geht, man vom HIV-Bereich lernen kann, denn hier gibt es seit langen Jahren gut funktionierende Kooperationen zwischen der Selbsthilfe und der Industrie, die den Patienten für sie nutzbare Informationen zur Verfügung stellt. Außerdem sind auf der Webseite der EMEA in allen EU-Sprachen sowohl die Fachinformationen als auch die Protokolle der Beratungssitzungen zu diesen Produkten für jeden frei zugänglich. Es besteht also diesbezüglich keine Notwendigkeit, Herstellern die Möglichkeit zu geben, diese Informationen auf eigenen Webseiten anzubieten.

Als zweiter Redner folgte Dr. Martin Danner, Referent für Gesundheitspolitik und Selbsthilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH).

In der anschließenden Diskussion meinte ein Vertreter der Deutschen Schmerzliga, er würde diese ganze Debatte überhaupt nicht verstehen. Schließlich verlange die Industrie doch nur, für ihre Produkte werben zu dürfen. Niemand rege sich darüber auf, dass VW Werbung für Autos mache, auch wenn pro Jahr 20.000 Menschen bei Verkehrsunfällen ums Leben kämen. Die Schmerzliga sei für die Aufhebung des Werbeverbotes.

Dr. Christian Wagner von der BUKO Pharma-Kampagne klärte das Auditorium über die Strategie der pharmazeutischen Industrie auf, in dem er ein Zitat aus der Fachzeitschrift

Pharmaceutical Marketing aus dem Jahr 2000 vortrug:

“Die Strategie, die von der Association of the British Pharmaceutical Industry (ABPI) gefahren wurde, um DTCA [Direct To Consumer Advertising – also Werbung beim Patienten, Anm. d. Red.] durchzusetzen, wurde in ganz Europa – vor allem in den großen medikamentenproduzierenden Ländern – umgesetzt. Der ‚Schlachtplan‘ wurde in einem privaten Treffen vom Generaldirektor des ABPI erläutert und im Fachblatt *Pharmaceutical Marketing* publiziert:

„Die ABPI hat angekündigt, dass sie nun die Schlussphase ihrer Kampagne einleitet, bevor sie die Regierung und die EU frontal angreift. [...] Es ist die Speerspitze einer wohlgedachten Kampagne. Der Schlachtplan der ABPI sieht vor, Fußtruppen in Form von Patientenselbsthilfegruppen, wohlgesonnener medizinischer Öffentlichkeit und Professionisten aus der Krankenversorgung – auch ‚Stakeholder‘ genannt – einzusetzen. Sie sollen eine Debatte über den informierten Patienten anführen. Der Effekt wird eine Schwächung der politischen, ideologischen und professionellen Widerstände sein. [...] Danach wird die ABPI hochpräzise Angriffe auf bestimmte Enklaven der Regulation sowohl in Whitehall und Brüssel durchführen.“

(Quelle: Jeffries, M., *The Mark of Zorro, Pharmaceutical Marketing*, May 2000, 4-5; zitiert nach Charles Medawar: *Health, Pharma and the EU – A briefing for Members of the European Parliament on Direct-To-Consumer Drug Promotion*. Dezember 2001, S. 2f. <http://www.socialaudit.org.uk/5111-005.htm#HEALTH> ¹⁾)

Zwei Vertreter von Patientenselbsthilfegruppen präsentierten anschließend die Internetauftritte ihrer Organisation und stellten die Bedeutung des Internets als Informationsmedium für Patienten dar. Allerdings wurde hier sehr deutlich, dass sie bei der Vorbereitung ihrer Präsentationen nicht über den eigentlichen Zweck dieser Veranstaltung informiert waren, denn der Themenbereich medizinische Informationen im Internet spielten in ihren Präsentatio-

nen überhaupt keine Rolle.

Nach der Mittagspause ergriff Frau Dr. Cornelia Yzer (CDU), Hauptgeschäftsführerin des VFA und ehemalige Staatssekretärin im Bundesforschungsministerium, das Wort. Sie beschwerte sich bitterlich über das Dickicht der Vorschriften. Die Informationsrechte des Bürgers würden mit Füßen getreten. "Wir wollen keine Werbung wie in den USA," so Yzer. Sie könne überhaupt nicht verstehen, dass die Kommission der Überzeugung ist, dass jegliche Information – sobald sie vom pharmazeutischen Hersteller kommt – Werbung ist. Man wolle die behördlich geprüften und genehmigte Fachinformation als Grundlage für die Informationen nehmen. Sie referierte lange über den Zusammenhang zwischen Informationen / dem informierten Patienten und der Therapietreue bzw. dem Therapieerfolg und führte dies am Beispiel der Antibiotika aus. Sie beschwor das Bild eines – aufgrund der mangelnden eigenen Information – dramatisch unter- bzw. fehlversorgten Patienten und forderte – im Gegensatz zu dem, was sie ein paar Sätze früher gefordert hat, nun auch über noch nicht zugelassene Substanzen "informieren" zu dürfen. Aus diesen Gründen geht ihr der Gesetzesentwurf der EU-Kommission nicht weit genug. Dann versuchte sie – rhetorisch geschickt, wenn gleich erfolglos – einen Keil zwischen die Patienteninitiativen zu treiben, in dem sie die "Vorteile", die die Indikationsgebiete HIV, Asthma und Diabetes aufgrund der angestrebten Regelung zukünftig hätten, den vielen anderen Indikationen gegenüber zu stellen, die erst nach vielen Jahren, wenn die Pilotphase abgeschlossen und ausgewertet worden ist und es zu einer generellen Freigabe kommen würde. Auch diese Beschränkung auf drei Indikationsgebiete sei für die Industrie – im Sinne der Patienten versteht sich – nicht tragbar.

Gegen Ende ihrer von mütterlicher Sorge um das Wohl der Patienten getragenen Ansprache, meinte sie, man wolle doch nichts anderes, als zum Wohle der Patienten die verfügbaren Therapien in einen qualitäts-

fördernden Wettbewerb zu bringen.

Worauf ihr in der anschließenden Diskussion die Frage gestellt wurde, ob sie den eine Vermutung hätte, wie sich das auf die finanzielle Situation der Krankenkassen auswirken würde. Sie antwortete, unterversorgte Patienten werden dann ihr Recht auf angemessene Versorgung einfordern und ja, nur unterversorgte Patienten werden höhere Kosten verursachen. Das ist aber doch wohl auch ihr gutes Recht, schließlich sind sie ja unterversorgt.

Schaut man sich die Erfahrungen in den USA an, kommt man kaum umhin, ihr völlig Unkenntnis der Materie oder eine platte Lüge zu unterstellen. Die Ausgaben für Arzneimittel sind in beiden Ländern überproportional schnell gestiegen, ein deutliches Zeichen für die Wirksamkeit dieser Werbung. In den USA sind 1998/99 innerhalb eines Jahres die Ausgaben für Medikamente um 17,7 Milliarden US-Dollar gestiegen. 40 % dieses Kostenanstiegs gehen auf nur 25 Arzneimittel zurück. Das sind gerade diejenigen, Medikamente mit dem höchsten Werbeetat für Patientenwerbung. Die Industrie hat sich diese Werbung 1,9 Milliarden US-Dollar kosten lassen. (siehe hierzu auch Pharma-Brief – Rundbrief der BUKO Pharmakampagne, 10/2001 S. 3f.).

Gerade das Argument des qualitätsfördernden Wettbewerbs der Arzneimittel, hätte eine längere Auseinandersetzung nötig gemacht. Denn – geht man mal vom HIV-Bereich aus – enthält eine behördlich geprüfte und genehmigte Fachinformation keinerlei Informationen über die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen des betreffenden Arzneimittels im Vergleich zu den anderen, für die gleiche Indikation zugelassenen Substanzen. Ebenso wenig, wie sie Informationen über Behandlungsalternativen enthält. Diese Informationen sind auch von der Industrie nicht zu bekommen, denn sie hat sie schlicht nicht, da keine diesbezüglichen Studien durchgeführt werden. Wenn überhaupt Kopf-an-Kopf-Vergleiche zwischen zugelassenen Medikamenten stattfinden, werden solche Stu-

dien nur von unabhängigen Institutionen durchgeführt (der ACTG beispielsweise). Die Industrie selbst verweigert die Durchführung von Studien, die eine klare Schlussfolgerung zulassen, welche Substanz bei welchen Patienten mit welchen medizinischen, sozialen und psychischen in welcher Kombination und welcher Kombinationsreihenfolge die besten sind. So werden Fachkreise mit Botchaften beglückt, die auf Studien basieren, in denen eine zweimal täglich Koformulierung aus drei Substanzen einer Klasse mit einer dreimal täglichen Kombination aus drei Substanzen aus zwei Klassen basieren. (Besagte Studie brachte darüber hinaus keine signifikanten Unterschiede bei der Wirksamkeit – und dass, obwohl im Vergleichsarm eine Substanz eingesetzt wurde, die als Verursacher langanhaltender und lebensqualitätsbeschränkender Durchfälle – und die daraus resultierenden Adhärenzprobleme – sehr wohl bekannt ist. Diese mangelnde Überlegenheit bei der Wirksamkeit hinderte des Hersteller der Koformulierung allerdings nicht, zu behaupten, sein Präparat sei besser.)

Darüber hinaus wurde von Dr. Stephan Dressler vom Deutschen Therapieaktivisten Netzwerk HIV/AIDS, eine Debatte aus dem New England Journal angeführt, das sich – auf Grund von massiven Eingriffen von Herstellern bei der Aufbereitung und Bewertung von Studiendaten – geweigert hat, Arbeiten zur Veröffentlichung anzunehmen – noch nicht einmal dort, wo Pharmafirmen ihre Informationen ohne Regulierungen des Gesetzgebers publizieren dürfen, legen sie alle Fakten auf den Tisch. Hier der rot-grünen Koalition oder dem EU-Parlament eine zu "zaghafte Liberalisierung" vorzuwerfen, wirkt perfide – hätte Frau Dr. Yzer nicht in ihrer Zeit im BMBF Gelegenheit genug gehabt, energisch darauf hinzuwirken?

Aus Sicht der Therapieaktivisten sind dies – neben den in den Diskussionen bereits gefallenen Argumente – allerdings die Kernargumente gegen eine Aufhebung des Werbeverbotes. Die Art und Weise, wie Daten zustande kommen und wie sie manipu-

liert und präsentiert werden, ist – so einer der Aktivisten – eher ein Grund, der pharmazeutischen Industrie jegliche Werbung (auch und gerade bei Ärzten) zu verbieten. Man kann an dem Werbeverhalten der Industrie in Fachkreisen gut ablesen, wie viel Wahrhaftigkeit bei der Patientenwerbung zu erwarten ist.

Leider war schnell klar, dass diese zentrale Argumentationen über den Kenntnisstand vieler der anwesenden Selbsthilfegruppen hinaus ging. Sie waren im Vorfeld bzw. in der Einladung nicht auf das eigentliche Thema (Aufhebung des Werbeverbots) informiert worden und hatten daher keine Gelegenheit, sich inhaltlich vorzubereiten.

Projekt Information brachte Bodenhaftung in die Debatte, indem der von Yzer postulierte Zusammenhang zwischen Information und Therapietreue/Therapieerfolg am von Yzer selbst eingebrachten Beispiel des Einnahmenverhaltens bei Antibiotikatherapie widerlegt wurde. Ärzte nämlich haben – so einschlägige Studienergebnisse – im Vergleich zu anderen Patientengruppen bei Antibiotika die lausigste Therapietreue. "Wer ist denn ein informierter Patient, wenn nicht ein Arzt," fragte Siegfried Schwarze.

Weiterhin hinterfragte er die gebetsmühlenartige vorgetragene Motivation der Industrie, zum Wohl der Patienten informieren zu wollen. Er fragte Frau Yzer, wie sie denn unter diesen Gesichtspunkten die ja seit langem erlaubte Werbung für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel bewerten würde. Hier steht es der Industrie ja seit langem frei, die Informationen zu geben, von denen sie der Überzeugung sind, dass sie von Patienten dringend benötigt würde. Anhand der Darstellung (bzw. eben Nicht-Darstellung) der Nebenwirkungen von Aspirin, wurde – so zumindest die Hoffnung der Therapieaktivisten – endgültig klar, was die Industrie wirklich bezweckt.

Der VFA machte einen weiteren – diesmal noch platteren Versuch – einen Keil zwischen die anwesenden Vertreter(innen) der Patientenselbst-

hilfe zu treiben, in dem ein VFA-Mitarbeiter einerseits die internationale Vernetzung der AIDS-Aktivisten und den daraus resultierenden "Nutzen" für die HIV-Patienten in den höchsten Tönen lobte, im gleichen Atemzug aber wahrheitswidrig behauptete, das sei alles nur aufgrund der liberaleren amerikanischen Gesetzgebung (sprich ohne Werbeverbot) möglich gewesen. Dies stimmt nun in mehrfacher Hinsicht nicht, denn den "Nutzen" haben sich die HIV-Patienten beispielsweise mit ACT-UP Aktionen erkämpft. Des weiteren besteht dieser "Nutzen" sicherlich nicht im freien Zugang zu Produktinformationen bereits zugelassener Substanzen, sondern in der Beeinflussung der Forschung. Und zu guter Letzt hat die FDA die Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel erst 1997 liberalisiert, die Vernetzung und der "Nutzen" sind allerdings ein paar Jährchen älter.

Als letzter redete Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Vorsitzender der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung. Sein Vortrag hatte den Titel "Der informierte Patient – Unterstützung für den Arzt". Fing gut an, endete aber im Nichts. So meinte er, benevolent paternalistisch handelnde Halbgötter in Weiß seien eine aussterbende Spezies – was ihm in der anschließenden Diskussion die Frage einbrachte, wo er denn lebe, in der Realität würde man wohl gänzlich anderer Erfahrungen machen. Die KBV ist gegen die Aufhebung des Werbeverbotes, und damit gegen jegliche Veränderung des deutschen Heilmittelwerbegesetzes. Richter-Reichhelm argumentierte damit, dass für den Patienten der Arzt die primäre Informationsquelle sein solle. Und redete viel über gegenseitiges Vertrauen und die Arzt-Patient-Beziehung. Das provozierte aus den Reihen der Therapieaktivisten die Frage, wie man denn bitte einem Arzt vertrauen soll, der Kopfprämien kassiert, um Patienten bestimmte Präparate zu verschreiben (was von Vertretern anderer Patientenselbsthilfen bestätigt wurde) und wie man bitte der Industrie ihr Interesse am Wohl der Patienten abnehmen soll, wenn sie die allseits bekannten finanziellen Mechanismen wie Anwendungsbeobachtungen

und die Phase IV-Studien nebst dem, was der Spiegel so schön "Kaffeefahrten der Konzerne" nennt, einsetzen, um ihren Umsatz zu steigern. Von den seitens der FDA immer wieder öffentlich gerügten Produktwerbung der Konzerne auf Kongressen (über das jüngste Beispiel aus dem HIV-Bereich berichtete der FaxReport in seiner Ausgabe 5+6/2002 am 28. März 2002) einmal ganz abgesehen.

Argumente der Industrie:

- Gleichbehandlung der pharmazeutischen Industrie und anderer Industrien bezüglich der Möglichkeit, für ihre Produkte zu werben;
- Beendigung des Verstoßes gegen das Informationsrecht des Bürgers bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln;
- Verbesserung der Behandlungsqualität durch transparenten Wettbewerb der verfügbaren Therapieformen
- Verbesserung der Therapietreue und des Therapieerfolges durch Information der Patienten

Argumente der Therapieaktivisten

- Medikamente sind nicht mit Konsumgütern vergleichbar; der Patient ist – anders als beim Kauf einer Waschmaschine – nicht derjenige, der die Auswahl trifft (da der Arzt verordnen muss), die Ware bezahlt (macht die GKV) und sie nutzt und bei Fehlkau oder Mängeln zurück geben kann;
- Dem Informationsrecht von Patienten kann auch – ohne Veränderung der bisherigen Gesetzeslage – (in Kooperation) Rechnung getragen werden;
- Einer Verlagerung der Verantwortung für die Behandlungsqualität auf die Patienten ist keinesfalls zuzustimmen. Davon einmal abgesehen, ist völlig unbewiesen, dass eine Verschärfung des Wettbewerbs (durch die Aufhebung des Werbeverbotes) zu einer qualitativen Verbesserung der medikamentösen Behandlung führt;
- Darüber hinaus stellt die Industrie (selbst den Fachkreisen) keine geeigneten Informationen zur

- Verfügung, die eine auf Evidenz basierende Einschätzung der Qualität eines Präparats im Vergleich zu den anderen verfügbaren Präparaten gestattet;
- Derartige Daten werden darüber hinaus von der Industrie nicht erhoben und von den Zulassungsbehörden (noch) nicht gefordert;
- Die Informations- und Werbepolitik der Industrie in Fachkreisen lässt eine gute Einschätzung über die wirklichen Ziele der Patienteninformation zu;
- Das Strategiepapier im Pharmaceutical Marketing macht deutlich, dass es der Industrie ausschließlich um die Gewinnmaximierung geht;
- Therapietreue und Therapieerfolg stehen nicht in einem monokausalen Zusammenhang mit der Informiertheit eines Patienten;
- Die Aufhebung des Werbeverbotes führt – wie anhand des Beispiels USA gezeigt werden kann – zu einer deutlichen Kostenexplosion;

Die European AIDS Treatment Group e.V. (EATG) – eine der auf der europäischen Ebene arbeitenden NGOs aus dem HIV/AIDS-Bereich – vertrat auf einem Symposium der Health Action International Europe (HAI Europe) am 10. Januar 2002 in Brüssel, folgende Positionen:

Die EATG fordert, für den Fall, dass Produktinformationen von der Industrie kommen dürfen, diese Informationen folgende Aspekte enthalten müssen:

- Informationen über Nebenwirkungen und Umgang mit Nebenwirkungen;
- Informationen über Risiken und Schäden;
- Eine Zusammenfassung der Produktcharakteristika;
- Informationen, die in der Packungsbeilage enthalten sind, aber in einer Sprache, die für die Allgemeinbevölkerung verständlich sind;
- Einen nicht zu übersehenden Hinweis darauf, dass es unum-

gänglich ist, die Behandlungsoptionen mit seinem behandelnden Arzt zu diskutieren;

- Jeden im Zusammenhang mit der Überwachung des Produkts stehenden Warnhinweis der EMEA;
- Alle vollständigen Ergebnisse der klinischen Studien;
- Protokolle der laufenden Studien.

Keinesfalls dürfen die folgenden Dinge enthalten sein:

- Fotos von irgendetwas anderem als dem Produkt selbst;
- Studien, die nicht in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht worden sind oder die nicht Bestandteil des zur Erlangung der Zulassung eingereichten Produktdossiers sind – in beiden Fällen muss spezifiziert werden ob die Studie von der pharmazeutischen Industrie finanziert worden ist und/oder ob die Autoren der Studie oder die Institutionen, für die die Autoren arbeiten, finanzielle Zuwendungen vom Hersteller des Produkts erhalten haben;
- Vergleiche zwischen anderen Produkten als denjenigen, die in den jeweiligen Studien eingesetzt worden sind;
- Statements, die nahe legen, dass die Wirkung der Medikamente garantiert ist oder dass die Medikamente keine Nebenwirkungen haben. ²

In der neuesten Ausgabe des *European AIDS Treatment Newsletters* (EATN) der EATG fordert Arjen Broekhuizen darüber hinaus die formale Repräsentation von Patienten in den Gremien, die die Implementierung der neuen Gesetzgebung überwachen. Seiner Auffassung nach ist das "Orphan Drug Committee" der EMEA ein gutes Beispiel dafür, wie eine solche Repräsentation aussehen kann. ³

Roland Bergmann
Netzwerk plus (Bundesweites Netzwerk der Menschen mit HIV und Aids; <http://netzwerkplus.aidshilfe.de/>)

Dr. Dr. Stephan Dressler

Deutsches Therapieaktivisten Netzwerk

Armin Schafberger
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
(Bundesverband der AIDS-Hilfen;
www.aidshilfe.de)

Siegfried Schwarze
Projekt Information e.V. (Die Publikation ProjektInformation von Projekt Information e.V. kann unter www.projektinfo.de abgerufen werden; Abonnements: Projekt Information e.V., Ickstattstrasse 28, 80469 München)

Bernd Vielhaber
Deutsches Therapieaktivisten Netzwerk

Dr. Christian Wagner
BUKO Pharma Kampagne (Die Pharma-Briefe der BUKO Pharmakampagne können unter www.bukopharma.de abgerufen werden; Abonnements: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld)

¹ "The strategy for DTCA used by the Association of the British Pharmaceutical Industry (ABPI) has been enacted throughout Europe, especially in the major drug-producing countries. The 'Battle Plan', was described in a private meeting by the Director-General of the ABPI, and reported in the trade journal, *Pharmaceutical Marketing*, as follows:

'Now the ABPI has announced that it is launching the final stages of a campaign before it tackles the Government and the EU head on. [...] It is the spearhead of a carefully thought-out campaign. The ABPI battle plan is to employ ground troops in the form of patient support groups, sympathetic medical opinion and healthcare professionals--known as 'stakeholders'--which will lead the debate on the informed patient issue. This will have the effect of weakening political, ideological and professional defences. [...] Then the ABPI will follow through with high-level precision strikes on specific regulatory enclaves in both Whitehall and Brussels.'

² HAI Europe: Providing prescription medicine information to consumers: Is there a role for direct-to-consumer promotion? Symposium Report; ISBN 90-74006-14-0; 2002, S. 33-34

³ Arjen Broekhuizen: Is it Information Or Advertising? EATN Vol 11, Nr 1, S.10

Der Vorstand

Udo Ament
Ringstraße 28
74838 Limbach
Telefon (0 62 87) 92 08 - 0
(gesch.)
(0 62 87) 92 08 12 (priv.)
Telefax (0 62 87) 92 08 20
E-Mail
apolimbach@t-online.de

Jürgen Große
Mesterfeld 17
22523 Hamburg
Telefon (0 40) 5 70 45 75
Fax (0 40) 5 56 75 46
E-Mail grosse@hansenet.de

Thomas Hammer
Breite Straße 114
22767 Hamburg
Telefon (0 40) 3 89 55 84

Bernd Rehberg
Bramfelder Chaussee 291
22179 Hamburg
Telefon (0 40) 6 41 77 69
Fax (0 40) 64 20 22 01
E-Mail neptun@neptun-
apotheke-hamburg.de

Dr. Thomas Schulz
Stegemühlenweg 39
37083 Göttingen
Telefon (05 51) 7 70 44 42
E-Mail tschulz1@gwdg.de

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Udo Ament
Ringstraße 28
74838 Limbach
Telefon (0 62 87) 92 08 - 0
(gesch.)
(0 62 87) 92 08 12 (priv.)

Telefax (0 62 87) 92 08 20
E-Mail
apolimbach@t-online.de

Bayern

Isabella Sulger
Johann-Houis-Straße 2
81369 München
Telefon (0 89) 2 02 21 06
E-Mail
isabellasulger@freenet.de

Berlin

Katja Lorenz,
Wilhelmshöher Straße 24
12161 Berlin
Telefon (0 30) 85 07 43 41
E-Mail k-lorenz@foni.net

Brandenburg

Peter Becker
Linden-Apotheke
Brandenburger Straße 158
14542 Werder / Havel
Telefon (0 33 27) 4 05 93

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel-Apotheke
Schwaneweder Straße 21
28779 Bremen
Telefon (04 21) 60 50 54
Fax (0 421) 60 50 58
E-Mail info@igelapo.de

Hamburg

VDPP-Geschäftsstelle
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
20144 Hamburg
Telefon (0 40) 45 87 68
Telefax (0 40) 45 87 68

E-Mail
geschaefsstelle@vdpp.de

Hessen

Franz Kirchner
Tränkestraße 7
34497 Korbach
Telefon (0 56 31) 6 14 93

Mecklenburg-Vorpommern
siehe Hamburg

Niedersachsen

Dorothea Hofferberth
Ruschenbrink 23
31787 Hameln
Telefon (0 51 51) 6 40 96
E-Mail Aesculap.apotheke
@t-online.de

Nordrhein-Westfalen

Dr. Völker Kluy
Elbinger Straße 9
40670 Meerbusch
Telefon (0 21 59) 5 17 44

Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

Saarland

siehe Hessen

Sachsen

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7
04205 Miltitz
Telefon (03 41) 9 40 57 32

Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen