VDPP • RUNDBRIEF

20. Jahrgang 1 / 2008

69

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
69 INHALT

Nachlese zum Herbstseminar

Contergan – Wahrheit versus Fiktion?

Wettbewerb – ja und amen?

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

auch wenn der vorliegende Rundbrief ein wenig dokumentationslastig ist, hoffen wir, dass er wieder für jede LeserIn etwas zu bieten hat.

Die Materialien von Prof. Niehoff zeigen, dass es – bei aller vollkommen berechtigten Kritik am derzeitigen Gesundheitssystem der BRD – durchaus auch schlechter geht, und dass wir uns leider genau in diese Richtung bewegen. Wer die Ausführungen auf den Seiten 19 bis 25 durchgearbeitet hat, weiß danach wahrscheinlich mehr über das US-amerikanische Gesundheitssystem als die meisten Präsidentschaftskandidaten.

Auf den Seiten 26 bis 29 findet ihr eine Ingeborg Simons Artikel ergänzende Buchbesprechung aus dem „Arzneimittelbrief", die älter ist, als einige der jüngeren Mitglieder des Vereins – und dennoch erschreckend aktuell.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 70: 31. März 2008

INHALT

Grußwort des Vorstands

Bernd Rehberg *3*

Herbstseminar des VDPP

Jana Böhme *4*

Contergan – Wahrheit versus Fiktion

Ingeborg Simon *6*

50 Jahre nach Contergan

Thomas Schulz *8*

Abschied vom DAMA-Konzept

Thomas Schulz *9*

Zukunft des Apothekenmarktes

Thomas Schulz *9*

Vorstandssitzung 7. 10. 2007

Thomas Schulz *10*

TERMINE *11*

DOKUMENTATION

Wettbewerb – ja und amen? *12*

Anmerkungen zum WSG *16*

Struktur der Kosten lohnabhängiger Arbeit *18*

Krankenversorgung in den USA

Jens-Uwe Niehoff *19*

Die Thalidomid-(Contergan-) Tragödie

Arzneimittelbrief *26*

Medizinische Leistungen dürfen keine Waren sein *29*

Der Ausverkauf beginnt *30*

Blutkrebs bei Kindern

vdää *30*

Vielsagendes Schweigen *32*

Arzneimittelforschung für Entwicklungsländer *32*

Kampagne sichert Nevirapine-Generika

BUKO-Pharmakampagne *33*

VDPP-Herbstseminar: Wettbewerb - Ja und Amen?

DAZ *34*

IMPRESSUM

Herausgeber: Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V., Neptun-Apotheke, Bramfelder Chaussee 291, D-22177 Hamburg, Tel. 040 63917720, Fax 040 63917724, 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, 22523 Hamburg, Tel. 040 5707700, Fax 040 5704575, E-Mail: redaktion@vdpp.de.

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

Grußwort des Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,

ich bin für den Mindestlohn.

Vor allem PKAs vom ersten bis neunten (!) Berufsjahr aufgepasst: Der von der großen Koalition beschlossene Mindestlohn für Briefzusteller beträgt 9,80 Euro brutto pro Stunde.

Die wöchentliche Arbeitszeit von PKAs in der Apotheke liegt nach dem gültigen Bundesrahmentarifvertrag bei 40 Stunden. Für den Monat sind das 173,33 Stunden. (40 Std. x 13 Wochen geteilt durch 3 Monate gleich monatliche Arbeitszeit.)

173,33 Std. mal 9,80 Euro pro Stunde sind 1 698,63 Euro.

Und jetzt schaut einmal in den Tarifvertrag:

1. - 2. Berufsjahr 1.497,00 Euro,
3. - 6. Berufsjahr 1.559,00 Euro,
7. - 9. Berufsjahr 1.619,00 Euro,
10. - 13. Berufsjahr 1.722,00 Euro.

Wir sind alle für den Mindestlohn.

Ihr könnt mir glauben, die allermeisten ApothekenleiterInnen sind das ebenfalls. Aber bei den wirtschaftlichen Einschnitten, die die Politik den Apotheken gerade im Jahre 2007 aufgezwängt hat, gibt es dort keine Luft mehr. Wir leben in einem kapitalistischen Wirtschaftssystem, in dem Rabatte für Großbestellungen systemimmanent sind. Nur die Apotheken, die dürfen diese wirtschaftlich notwendigen Rabatte an die Krankenkassen weiterreichen. So werden die Apotheken geknebelt – wie soll da der Mindestlohn gezahlt werden, und die Apotheke bestehen können?!

2007 war schon heftig. Ob die Gesellschaft dieser Republik unseren Einsatz für das Gesundheitswesen wohl honorieren wird? Was jede/r Einzelne in der Apotheke mit der Umsetzung der Rabattverträge geleistet hat, ist bewunderungswürdig. Nur bezweifle ich, ob außer uns das noch jemand so sieht in dieser, unserer Republik. Wie denn auch, die PatientInnen waren nur empört und genervt, dass ihnen ihre bekannten Arzneimittel von uns vorenthalten wurden. Da sollen sie uns noch loben und auf die Schulter klopfen?! Aber ich vertraue auf das Gespür der Bevölkerung für geleistete Arbeit, denn unseren Einsatz, für den wir nichts bekommen, haben sie wohl, nachdem der erste Ärger verflogen ist, wahrgenommen.

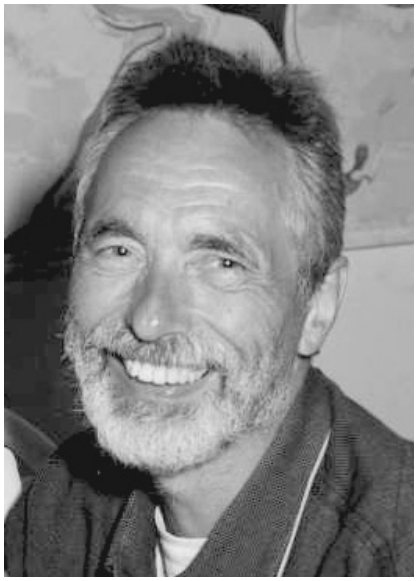
Schön auch, dass die unsägliche Bonus-Malus-Regelung bei den ÄrztInnen vom Tisch ist. Das Vertrauensverhältnis Arzt/Patient wäre total den Bach heruntergegangen, wenn diese Regelung in das Bewusstsein der einzelnen PatientInnen – sicher bei entsprechender Gelegenheit durch die Presse verdeutlicht – gedrungen wäre.

Schön auch, dass Marco wieder frei ist – schließlich habe ich meinen zweiten Wohnsitz in der Nähe von Uelzen. Auf seinem Rücken wurde Europapolitik ausgetragen – es war nicht zum Aushalten. Was in dieser Nacht wirklich passiert ist, wissen nur die beiden alleine, aber was mit dem Jungen danach angestellt wurde, entbehrt jeder Beschreibung!

Wofür es in dieser Bundesrepublik keine Entschuldigung gibt, das sind die Kindesmisshandlungen und -tötungen. Der Spruch „Wenn jeder an sich selber denkt, ist an alle gedacht!“ offenbart seinen maßlosen Zynismus. Wenn dieser Staat im Sozialwesen Stellen streicht, um Geld zu sparen, darf er sich nicht wundern, wenn das das Ergebnis ist. Und genau das ist ja in den letzten Jahren geschehen. Mit Hartz IV und Kindergeld sind Menschen nun einmal nicht zu ersetzen – oder wir müssen diesen Preis zahlen. Wollen wir das wirklich? Nein!

Das jedenfalls ist meine Meinung.

Bernd Rehberg
(für den Vorstand)



Aus der Geschäftsstelle

Wieder ist ein Jahr verstrichen, und die allermeisten Mitglieder haben ihre Mitgliedsbeiträge bezahlt. Wer aber bis jetzt noch nicht daran gedacht haben sollte, sei hiermit daran erinnert.

An die Beiträge zu erinnern, macht einige Arbeit, die für politische Ziele besser aufgewandt wäre. Wer nicht ständig erinnert werden mag, kann zu ihrer/seiner und auch unserer Erleichterung der Geschäftsstelle eine Einzugsermächtigung schicken, und schon läuft alles wie von selbst.
Adresse, Telefon und E-Mail finden sich im Impressum auf der linken Seite.

Herbstseminar des VDPP in Berlin

von Jana Böhme

Kann ökonomischer Wettbewerb die Qualität der Arzneimittelversorgung verbessern? Wenn der Wettbewerb im Gesundheitswesen und -versorgung kommt, dann mit allen positiven und negativen Seiten – dies ist ein Fazit aus dem VDPP-Herbstseminar in Berlin. Wettbewerb kann nicht nur auf Qualität beschränkt werden. Im fürsorglich behüteten deutschen Gesundheitssystem werden dann vielleicht ganz andere Anbieter auftreten, die Wettbewerb nicht auf der Versorgungs-, sondern nur auf der Preisebene sehen.

Das Herbstseminar des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten fand dieses Jahr am 10. November in Berlin statt. Das Seminarthema „Wettbewerb – Ja und Amen?!“ hatte am kalten Samstag viele Interessierte nach Berlin-Mitte gelockt. Fragen wie „Kann ökonomischer Wettbewerb die Qualität der Arzneimittelversorgung verbessern?“, „Warum haben die USA, das Land mit dem stärksten Wettbewerb, das teuerste Gesundheitssystem?“ und „Ist das Solidarprinzip ein Auslaufmodell?“ brannten Referenten und Teilnehmern gleichermaßen unter den Nägeln und versprachen aufgrund des bunte gemischten Podiums eine kontroverse Diskussion.

Produktemedizin und Risikoselektion

Nach Sicht des Sozialmediziners Prof. Jens-Uwe Niehoff hat der Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung in Deutschland 1992 mit einem „neuen Gesellschaftsvertrag“ begonnen. Mit der Einführung des Risiko-Struktur-Ausgleichs entstanden, so Niehoff, die Voraussetzungen für eine Produktemedizin und eine Risikoselektion. Der unterschiedlichen Risikostruktur der einzelnen Krankenkassen begegnete der Staat von nun an nicht mehr mit Solidarität, dem Grundprinzip der GKV. Und mit dem GKV-WSG werde der Wettbewerb noch weiter forciert. Das geschaffene ökonomische Anreizsystem mit Wahltarifen und Zusatzbeiträgen könne, so der Mediziner, nur zu Lasten der Versorgungspolitik der Krankenkassen gehen. Die Transformation der GKV von der „solidarischen Verantwortung von Kapital und Arbeit“ in „Selbstverantwortung und Wettbewerb“ scheine nahezu perfekt – und wird dann kaum rückgängig gemacht werden können, so Niehoff, der in seinen Analysen immer wieder auf die Entwicklungen in den USA verwies.

Für Prof. Gerd Glaeske vom Zentrum für Arzneimittelversorgungsforschung in Bremen ist Wettbewerb in erster Linie ein Qualitäts-, Transparenz- und Patientensicherheitswettbewerb in dem der objektive Bedarf im Mittelpunkt steht. Die individuelle Therapie muss, so Glaeske, durch eine Leitlinien- und evidenzbasierte Therapie ersetzt werden. Die Unter-, Über- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen gilt es auszuschalten, fordert der Apotheker, der seit Jahren im Sachverständigenrat die Gesundheitspolitik berät. Dafür sollen die nichtärztlichen Gesundheitsberufe stärker eingebunden werden und Kooperationen miteinander verbessert werden.

Lutz Tisch, Jurist, Geschäftsführer in der ABDA ging insbesondere auf die Situation der Apotheken ein. „Niedrige Preise senken nicht automatisch die Kosten“, stellte er seinem Vortrag voran. Eine eigenständige Beratungsvergütung hält er für fragwürdig, da nicht jeder Patient, der in die Apotheke kommt, sich des Beratungsbedarfs bewusst ist und viele Probleme allein aus dem Gespräch augenscheinlich werden. Dr. Stefan Etgeton vom Verbraucherzentrale-Bundesverband wertete das von Niehoff angeführte Jahr 1992 als positiv für die Verbraucher, da sie im veränderten Gesundheitssystem mehr Wahloptionen erhielten. Die Patienten wurden so für ihn endlich mündig. Prinzipiell sieht er die Pluralität u. a. in den Vertriebswegen und Betriebsformen der Apotheken positiv, da auch für ihn die Qualität und nicht der Preis entscheidend sein wird.

In der anschließenden Diskussion wurde intensiv nachgefragt und auch auf weitere Themen hingewiesen, wie z.B. die Veränderungen in der Arzneimittelversorgung in den Krankenhäusern.

Auf die von der Moderatorin Ulrike Faber zuletzt gestellte Frage, welche Rolle die Apotheke in 20 Jahren in der Arzneimittelversorgung spielen

wird, antwortete Prof. Jens-Uwe Niehoff, dass „pharmaceutical benefit management“ die Linie der Apotheken sein müsse. Prof. Gerd Glaeske hält Apotheken für unverzichtbar, da es eine arbeitsteilige Medizin mit Arzneimittelfachleuten geben muss. Die Apotheke wird es dann noch geben, wenn Fehler wie die Zulassung des Versandhandels von Arzneimitteln konsequent korrigiert werden, so Lutz Tisch. Für Dr. Stefan Etgeton ist in 20 Jahren das rote Apotheken-A nicht mehr nur die einzige Apothekenmarke, sondern eine unter vielen anderen.

Dieser Bericht vom Herbstseminar wurde im Namen des VDPP in der PZ veröffentlicht. Der Initiierung von „Wettbewerb – Ja und Amen“ stand die Notwendigkeit einer Positionsfindung zum Fremd- und Mehrbesitzverbot der Apotheken voran. Bis jetzt gibt es vom VDPP darüber keine öffentliche Meinungsäußerung. Eine abschließende Position konnte nicht das Seminarziel sein. Wohl gaben die Referenten einen sehr guten Anstoß zu dieser tiefgreifenden und notwendigen Diskussion.

Auf dem sich immer schneller verändernden „Markt Gesundheit“ steht das Versorgungssystem der GKV auf dem Spiel. Prof. Jens-Uwe Niehoff wies darauf hin, dass Wettbewerb die Rationalität und die Fähigkeit zur orientierten Versorgung behindert. Aus reinen Selbstzweckgründen kann er keinen Schutz für Schwächere, d. h. für PatientInnen, die der Hilfe bedürfen, bieten, so Niehoff. Für Prof. Gerd Glaeske darf der Wettbewerb nicht als Selbstzweck begriffen werden. Dr. Stefan Etgeton sah das ähnlich.

Zweifellos ist durch die Forderung von Qualität und Transparenz in der Versorgung, also auch in den Apotheken, viel positive Dynamik entstanden. Diese Dynamik wurde auch dringend notwendig. Die Diskrepanz zwischen Heilberufler und Kaufmann stellt uns immer wieder vor ein Problem.

Die Forderung von Niehoff und Glaeske nach einer kritischen Auseinandersetzung der Apotheken damit, nur Dienstleister der pharmazeutischen Industrie zu sein, sollten wir uns stellen.

Der Anspruch jedes Einzelnen an seinen Beruf als Apotheker mag unterschiedlich hoch sein. Aber genau dieser Anspruch wird einiges über die Zukunft der Apotheke entscheiden. Als „ArzneimittelverkäuferInnen“ würden wir bald abgehängt werden von Versandhandel und Apothekenketten. Aber nicht als Arzneimittelfachleute! Die Bedürfnisse des Gesundheitssystems sind vielschichtig.

Eigene Untersuchungen des Arzneimittelgebrauchs beispielsweise in der Selbstmedikation oder wie Glaeske sagte, Bestandteil eines regionalen Versorgungskonzeptes zu sein, sind Wege, um die öffentliche Apotheke wie wir sie heute kennen, zu legitimieren. Mit unserem Wissen als Heilberufler sollten wir uns in der Prävention, Arzneimittelbeobachtung, -beratung und vor allem auch in der -begleitung arrangieren. Der Preis sollte schon aus diesem Grund nicht die Grundlage der PatientInnenbindung darstellen. Wenngleich dieser gerade das Kriterium schlechthin zu sein scheint, sollten wir diesen Ball nicht ganz auffangen, sondern sollten auf unsere Leistung in der PatientInnenversorgung verweisen. So kann die Frage des Fremd- und Mehrbesitzverbotes von Apotheken von uns nicht abgekoppelt von der eigenen Notwendigkeit beantwortet werden. Sie muss die allumfassende Liberalisierung des Gesundheitssystems aufgreifen. Genug Beispiele der negativen Folgen von Privatisierungen, nicht nur im Gesundheitssystem, gibt es.

Wer an den Herbstseminarmaterialien von Prof. Jens-Uwe Niehoff und Prof. Gerd Glaeske interessiert ist, kann sich an die Geschäftsstelle wenden oder auf der VDPP-Homepage nachschauen. Die Materialien von Prof. Niehoff sind auch im Dokumentationsteil dieses Rundbriefs abgedruckt (S. 12ff).

Contergan – Wahrheit versus Fiktion?

Eine Nachbetrachtung zum Contergan-Film der ARD

von Ingeborg Simon

Grünenthal und der Contergan-Film

Nachdem der Pharmakonzern Grünenthal auch durch das Einschalten von Gerichten die Ausstrahlung des Contergan-Films nicht mehr verhindern konnte, verschickte er kurz vor dem geplanten Sendetermin eine Broschüre an die wichtigsten Medien der BRD mit dem Titel „Contergan. Wahrheit versus Fiktion." Grünenthal wollte damit – so eine Firmensprecherin – „eine historisch korrekte Darstellung der Ereignisse rund um die Contergan-Tragödie" geben. Wieso spricht Grünenthal von einer Tragödie? Für die Tausende von Contergan-Geschädigten und ihre Angehörigen wurde das Arzneimittel in der Tat zu einem tragischen Ereignis und ist es für die Überlebenden bis heute geblieben. Eine Tragödie aber auch für den Contergan-Hersteller? D. h. eine unausweichliche Verstrickung in kaum beeinflussbare Umstände? Nein! Der Pharmakonzern Grünenthal wurde nicht Opfer einer Katastrophe, sondern war ihr alleiniger Verursacher. So verantwortungslos und rücksichtslos, wie der Konzern bei der Entwicklung und Vermarktung des neuen Wirkstoffs Thalidomid als Contergan verfuhr, das im Oktober 1957 rezeptfrei auf den bundesdeutschen Markt kam, so menschenverachtend agierte er auch in allen Abwehrkämpfen gegen eine mögliche Rezeptpflicht oder gar ein Verbot und riskierte damit täglich neue Opfer. Contergan erreichte im Mai 1960 bereits 46 % des Gesamtumsatzes, wurde weltweit in alle Erdteile exportiert und erschien in unzähligen z. T. abenteuerlich anmutenden Kombinationen mit Wirkstoffen wie Aspirin, Chinin, Phenacetin, Barbituraten, Cortisonen und Antibiotika für so ziemlich alle verbreiteten Krankheitsbilder.

Das damalige Verhalten der Pharmafirma, die sich auch noch heute im Besitz der Gründerfamilie Wirtz befindet (Jahresumsatz des Gesamtunternehmens über 1 Mrd. Euro), ist dank einer 1972 in englischer Sprache erschienenen Buchveröffentlichung mit dem Titel „Contergan – oder die Macht der Pharmakonzerne" dokumentiert worden[1] und erschien 1975 in der DDR als deutsche Übersetzung[2]. Sie ist für alle, die an dem wahren Hergang der Contergan-Geschichte Interesse haben, von unschätzbarem Wert. Sie beruht fast ausschließlich auf firmeneigenem internen Material, das der Staatsanwaltschaft bei Durchsuchungen des Firmengeländes in z. T. abenteuerlichen Verstecken in die Hände fiel und ihr zur Erstellung einer 972 Seiten umfassenden Anklageschrift diente. Obgleich sich trotzdem nicht mehr lückenlos alle Geschehnisse darstellen lassen, besitzt das gefundene Material aufgrund seiner Herkunft und seines Umfangs eine enorme Authentizität. Kein anderes Dokument wird dem von Grünenthal selbst erhobenen Anspruch nach einer „historisch korrekten Darstellung" der damaligen Ereignisse so gerecht. Wäre es Grünenthal damit wirklich ernst gewesen, hätte der Konzern statt einer 20-seitigen Werbebroschüre eine zu der englischen Buchausgabe vorliegende knapp 3 Seiten umfassende Inhaltswiedergabe, die im Juli 1973 im Arzneimittelbrief erschien, kopieren und verteilen können *(s. Dokumentationsteil, S. 26ff)*.

Weil das natürlich, wie zu erwarten war, nicht geschah, bedarf es einer Reaktion auf die Grünenthal-Selbstdarstellung. Schon der Filmregisseur des Contergan-Films, Adolf Winkelmann, hat das aggressive Vorgehen der Firma gegen sein Werk mit der Einschätzung kommentiert, Grünenthal möchte die Deutungshoheit über die Geschichte behalten. Diese Einschätzung teile ich. Hier liegt genau die Erklärung für das heutige Auftreten Grünenthals im „Fall Contergan". Um Imageeinbußen und womöglich berechtigte Forderungen der Contergan-Geschädigten abzuwehren, wird auch aktuell noch von Grünenthal das Märchen von der Unabwendbarkeit des Geschehenen verbreitet, in der die Firma und die Geschädigten gleichermaßen Opfer einer Tragödie wurden.

Um diese Selbstdarstellung nicht von unserer Seite unkommentiert und unwidersprochen stehen zu lassen, will ich im Folgenden einige Fakten und Geschehnisse in Erinnerung rufen. Ich halte das auch deswegen für dringend geboten, weil der Wirkstoff Thalidomid, wenn auch unter anderen Namen und mit anderen Herstellern, heute als Lepra- und Krebsmittel wieder vermarktet wird und damit die dramatische Vergangenheit des Wirkstoffs zu relativieren droht.

1. Beispiel: Contergan und Schwangerschaft

In seinen Selbstdarstellungen entlastet sich Grünenthal hinsichtlich des Vorwurfs mangelnder Sorgfaltspflicht bei der Testung des neuen Wirkstoffs Thalidomid mit dem Verweis auf fehlende arzneimittelrechtliche Vorgaben und versichert gleichzeitig, die damals üblichen Standards nach dem allgemeinen „Prinzip der Selbstüberwachung" eingehalten zu haben. Eine Prüfung auf Teratogenität war damals nicht „üblich".

Was an dieser Argumentation stimmt: Bis 1961 gab es in der Bundesrepublik kein Arzneimittelgesetz, das hier klare Zulassungsbedingungen hätte vorgeben können. Das war in der Tat ein schweres Versäumnis wie gerade der Fall Contergan belegt. Die in den USA

und der DDR damals geltenden arzneimittelgesetzlichen Regelungen ließen die Zulassung von Thalidomid nicht zu, da die eingereichten Unterlagen die gesetzlichen Anforderungen dieser Länder nicht erfüllten.

Obwohl Grünenthal also nachweislich keinerlei Informationen über die möglichen Auswirkungen von Contergan auf den Fetus hatte, wurde die Anwendung während der Schwangerschaft als völlig problemlos ausdrücklich empfohlen und massiv propagiert. So hieß es in einem Werbeprospekt für Frauenärzte von 1958: „In der Schwangerschaft und Stillzeit ist der weibliche Organismus besonderen Belastungen ausgesetzt … Die Verordnung

eines Sedativums und Hypnoticums, das weder Mutter noch Kind schädigt, ist daher erforderlich“. Dazu stellte das Aachener Landgericht in seinem Schlussbericht fest, ein „ordentlicher und gewissenhafter Arzneimittelhersteller“ müsse bei Arzneimitteln, wo Erfahrungen im Bereich der Schwangerschaft fehlen, ausdrücklich darauf hinweisen. So etwas hatte Grünenthal nie erwogen!

2. Beispiel: O-Ton Grünenthal: „Mord an einem Medikament!“

Grünenthal behauptet auch heute noch, man habe nach dem Bekanntwerden eines möglichen Zusammenhangs zwischen Contergan und Missbildungen schnell gehandelt und das Präparat vom Markt genommen. Auch da ist genaueres Hinschauen über den tatsächlichen Ablauf notwendig.

Längst bevor von möglichen teratogenen Wirkungen von Contergan die Rede war, erreichten Grünenthal Tausende von Fallmeldungen über eine beobachtete Neurotoxizität von Contergan vor allem bei älteren Menschen, die irreversibel war. Der Anstieg der Grünenthal erreichenden Meldungen über Nervenschädigungen korrelierte mit den wachsenden Umsatzzahlen. Grünenthal war auch am besten über den Stand des Umfangs an beobachteten Nebenwirkungen informiert, weil in Ermangelung irgendwelcher arzneimittelrechtlicher Vorschriften zur Marktüberwachung Grünenthal für die Ärzte der einzige Ansprechpartner war. Als im Mai 1961 mehrere wissenschaftliche Publikationen zur Neurotoxizität die immer noch behauptete „Ungiftigkeit“ von Thalidomid widerlegten, reagierte die Firma nicht mit der von vielen Klinikern seit längerem geforderten Beantragung der Rezeptpflicht für Contergan, sondern gab firmenintern die Devise aus, alles dafür zu tun, „um den Rezeptzwang zu vermeiden, zumal bereits ein wesentlicher Anteil unseres Umsatzes aus Freihandverkäufen stammt.“ Erst im August 1961 gelang es auf ärztlichen Druck auf das für Grünenthal zuständige Innenministerium von Nordrhein-Westfalen, Contergan für NRW rezeptpflichtig zu machen, dem sich Hessen und Baden-Württemberg anschlossen.

Noch skandalöser verhielt sich Grünenthal gegenüber den vom Kinderarzt und Humangenetiker Dr. Lenz unternommenen Bemühungen, Contergan zu verbieten, nachdem für ihn nach monatelanger Recherche zu den Ursachen der dramatisch ansteigenden Fälle von Phokomelie (vor Contergan beobachtete Häufigkeit 1 : 4 Mio.) im November 1961 der Verdacht auf Contergan als Auslöser von Missbildungen zur Gewissheit geworden war. Lenz informierte den Hersteller von seiner Absicht, seine Erkenntnisse am 19. November 1961 auf dem Kinderärztekongress vorzustellen und bot vorher Grünenthal ein Gespräch zu seinen Ergebnissen an. Die Firmenleitung reagierte mit dem Androhen rechtlicher Schritte und verschickte noch am 20. November 1961 (!) 67.000 Werbeexemplare über Contergan mit dem Slogan: „Contergan ist ein sicheres Mittel“. Bei einer Zusammenkunft im Innenministerium von NRW war Grünenthal lediglich zu einem Warnhinweis für Schwangere zu bewegen. Als dann die „Welt am Sonntag“ über Contergan am 27. November 1961 berichtete, nahm Grünenthal noch am selben Tag Contergan vom Markt, nicht aus Einsicht, sondern wegen einer gegen Grünenthal „inszenierten Rufmordkampagne“, die eine wissenschaftliche Diskussion nicht mehr möglich mache. Wie wenig der Pharmakonzern die Rücknahme inhaltlich akzeptierte, wird an seiner Äußerung einen Monat später gegenüber dem englischen Lizenznehmer deutlich in seiner Erklärung, er werde die Produktion von Contergan wieder aufnehmen.

Alle hier zitierten Fakten sind dokumentiert und nachlesbar auch für Grünenthal. Es ist schwer nachvollziehbar, dass der Konzern alle seit der Marktrücknahme bekannt gewordenen Erkenntnisse und Fakten bis heute ignoriert und ohne jeden selbstkritischen Ansatz die Platte von der unabwendbaren Tragödie immer noch auflegt. Hätte Grünenthal damals auf die früh erkannten schwerwiegenden Nebenwirkungen der Neurotoxizität mit einem Contergan-Verbot reagiert, wäre mindestens vielen Hunderten von Kindern ihr schweres Schicksal erspart geblieben. Dr. Lenz rechnete mit einem monatlichen Zuwachs bei Nichthandeln von 50 bis 100 Fällen. In Kenntnis des konkreten Geschehens entlarvt sich das von Grünenthal behauptete schnelle Handeln als nachträgliche Verhöhnung der Opfer.

Die bundesdeutsche Arzneimittelgesetzgebung

Der VDPP hat in seiner Stellungnahme „50 Jahre nach Contergan“ den Zusammenhang zwischen der Contergangeschichte und der Qualität der bundesdeutschen Arzneimittelgesetzgebung hergestellt. Das Aachener Landgericht hat in seinem Schlussbericht vom Dezember 1970 die Bundesregierung kritisiert. Sie habe die letzte Verantwortung dafür, dass die schwerwiegenden

Probleme der Arzneimittelkontrolle nicht in Angriff genommen wurden. Das 1. AMG in der Bundesrepublik von 1961 war eine Farce ebenso die auf die Contergan-Ereignisse Bezug nehmende erste Novellierung von 1964. Erst 1978 (!) trat in der BRD, Pharmaexportland Nr. 1, das 2. AMG in Kraft, das erstmalig in der bundesdeutschen Gesundheitsgeschichte den Nachweis auf Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Medikamentes forderte und Regeln für eine Risikoüberwachung des Arzneimittelmarktes einführte. Es wurde damals begrüßt als Beweis einer „herausragenden gesellschaftlichen Konsequenz der Contergan-Katastrophe". Auch dieses Gesetz hatte viele Defizite, auch weil es allzu deutlich die Handschrift der auf die Politik nachweislich einwirkenden Pharmazeutischen Industrie trug.

Der VDPP hat in seiner Presseerklärung auch einen Forderungskatalog für mehr Arzneimittelsicherheit formuliert. Diesen umsetzen zu können, setzt voraus, dass jeglicher Vorstoß in Richtung Privatisierung hoheitlicher Aufgaben der Arzneimittelzulassung und -überwachung zukünftig unterbleibt!

Literatur:

[1] H. Sjöström and R. Nilsson „Thalidomide and the Power of the Drug Companies", Penguin Books Ltd. 1972

[2] H. Sjöström und R. Nilsson „ Contergan oder die Macht der Arzneimittelkonzerne", VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1975

50 Jahre nach Contergan

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) fordert die Schaffung eines breiten Bündnisses gegen die Versuche der pharmazeutischen Industrie und der EU-Kommission, das Verbot der Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel aufzuweichen.

Das Zusammentreffen des 50-jährigen Jubiläums der Contergan-Markteinführung und der Sendung des Zweiteilers zum Thema Contergan in der ARD lenkt die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf das Thema Arzneimittelsicherheit in unserem Land. Wie ist es heute um die Arzneimittelsicherheit bestellt?

Mit dem 1961 verabschiedeten ersten Westdeutschen Arzneimittelgesetz wurden u. a. die Registrierung aller auf dem Markt befindlichen Arzneimittel und die automatische Verschreibungspflicht für neu zugelassene Arzneimittel eingeführt. Weitergehende Prüfungen wurden allerdings nicht vorgeschrieben. Bei den Diskussionen über das zweite Arzneimittelgesetz in den siebziger Jahren, waren die Ereignisse um die Schäden durch Contergan, einschließlich der Verhandlung vor dem Landgericht in Aachen allen präsent. Mit dem 1978 in Kraft tretenden Gesetz wurde die Forderung von Nachweisen der Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutischen Qualität für neu auf den Markt kommende Arzneimittel festgeschrieben.

Kritische Pharmazeuten aus der Fachgruppe Apotheken der damaligen Gewerkschaft ÖTV, wiesen zu diesem Zeitpunkt darauf hin, dass der mit dem Gesetz erreichte Kompromiss, nicht genügen würde, die Arzneimittelsicherheit ausreichend zu gewährleisten. Sie forderten u. a. eine Nutzenbewertung: Es sollte nur den Arzneimitteln Zutritt zum Markt gewährt werden, deren Vorteile für die Patienten und Patientinnen gegenüber bisher gebräuchlichen Arzneimitteln nachgewiesen werden konnten. Außerdem forderten sie Transparenz bei der klinischen Prüfung und die gesellschaftliche Kontrolle bei der Entwicklung von neuen Arzneimitteln. Zum Teil werden diese Forderungen nun – dreißig Jahre später – langsam umgesetzt, wie z. B. die Bewertung der Qualität und Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln und anderen medizinischen Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung durch das IQWIG oder der Aufbau eines Registers aller klinischen Prüfungen.

Nach wie vor gibt es aber noch Verbesserungsmöglichkeiten in der Arzneimittelsicherheit, daher stellt der VDPP folgende Forderungen:

- Öffentlicher Zugang zu den relevanten Daten der Arzneimittelprüfungen.
- Verbesserung der Meldebereitschaft und -fähigkeit der Gesundheitsberufe – damit auch der Apothekerinnen und Apotheker.
- Verbesserte Risikokommunikation zwischen Behörden und Heilberufen.
- Ausreichende Mittel für die pharmakoepidemiologische Forschung.
- Stärkung der behördlichen Aktivitäten in der Überwachung.
- Besondere Kennzeichnung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, um die Aufmerksamkeit aller Akteure zu erhöhen.
- Reduzierung des Einflusses von interessengeleiteter „Information" durch pharmazeutische Hersteller; stattdessen unabhängige Fort- und Weiterbildung der Heilberufler.

Das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel darf aus Gründen des Verbraucherschut-

zes keinesfalls gelockert oder gar aufgehoben werden. Hier ist vor allem die ABDA in der Pflicht, die zwar wiederholt auf die Gefährlichkeit des Versandhandels verschreibungspflichtiger Arzneimittel hinweist, aber gegen die Gefahr der Aufweichung des Werbeverbotes für verschreibungspflichtige Arzneimittel zu verhalten agiert. Wir fordern deutliche Worte in der Öffentlichkeit und ein konzertiertes Vorgehen der Heilberufe in Berlin und Brüssel.

Dr. Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)
19.11.07

Abschied vom DAMA-Konzept

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) begrüßt die Entscheidung der großen Koalition, das BfArM nicht in eine Agentur umzuwandeln. Bereits zur Anhörung im Frühjahr 2007 hatte der VDPP Vorbehalte gegen die Unklarheiten zur Finanzierung der Pharmakovigilanz und zur Zusammensetzung des Vorstandes der Agentur geäußert.

Nun ist das Bundesministerium für Gesundheit gefordert. Wir erwarten eine Evaluierung der bereits erfolgten Umstrukturierung des BfArM und eine angemessene Unterstützung dieser wichtigen Bundeseinrichtung. Der VDPP geht davon aus, dass nun die Pharmakovigilanz in der bewährten Struktur des BfArM gestärkt wird.

Dr. Thomas Schulz,
VDPP-Vorstand
28.10.2007

Die Zukunft des Apothekenmarktes …

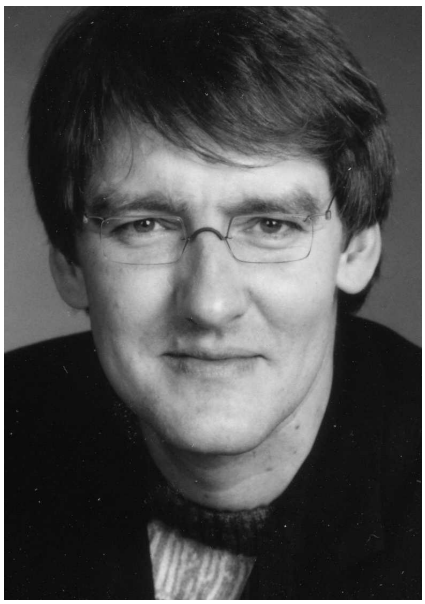
wurde am Freitag, dem 26.10.07, in Berlin diskutiert. Die Referenten stellten die Möglichkeiten der Liberalisierung in leuchtenden Farben dar. Als Gast war auch Dr. Oesterle (Chef der Celesio AG) eingeladen, der feststellte, dass er eine Veranstaltung dieser Art eher bei der FDP erwartet hätte und nicht bei den Grünen. Im letzten Jahr brachte die Bundestagsfraktion Bündnis90/Die Grünen eine Initiative zur Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes für Apotheken im Bundestag ein. In der Debatte sprachen sich alle anderen Parteien gegen die Aufhebung aus. Die Gesetzesinitiative ruht derzeit im Ausschuss.

Auffällig war das Fehlen von Pharmazeuten unter den Referenten. Auch unter den Gästen und Diskutanten waren neben dem VDPP nur einige einzelne Pharmazeuten präsent, die Standesvertretung glänzte durch Abwesenheit. Dies war insofern bedauerlich, als dass Herr Oesterle im Laufe der Veranstaltung fast allein das Hohelied auf die pharmazeutischen Tätigkeiten singen konnte. Ich hätte erwartet, dass Vertreter der ABDA bzw. der BAK einige inhaltliche Argumente vortragen und auf Widersprüche hinweisen würden.

Für den VDPP äußerte ich meinen Widerspruch zur These, dass angestellte Apotheker(innen) in einer Kette unabhängiger agieren könnten als Apotheker(innen) in der herkömmlichen Offizin. Kapitalgesellschaften sind meiner Ansicht nach primär auf Gewinnerzielung ausgerichtet, daher erwarte ich, dass sich dies auch im täglichen Geschäft manifestieren wird. Besorgt wurde von praktisch allen Teilnehmern die Möglichkeit diskutiert, dass aufgrund von EuGH-Entscheidungen die OTC-Arzneimittel eventuell vollkommen aus der Apothekenpflicht entlassen werden könnten. Hier wurde dann sogar von Frau Bender ein mögliches Problem gesehen.

Kritisch wies Dr. Etgeton von der Verbraucherzentrale auf die Diskrepanz zwischen dem hohen ethischen Anspruch der Apothekenleiter(innen) und der gelebten Wirklichkeit hin, die sich aktuell z. B. in Ermittlungsverfahren gegen 100 Apotheken wegen Unregelmäßigkeiten in der Zytostatikabelieferung manifestierte. Hier muss sich der Berufsstand klar von kriminellen Machenschaften abgrenzen.

Dr. Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)
28.10.07



Protokoll der Vorstandssitzung vom 7. Oktober 2007 in Hamburg

Anwesend: Bernd Rehberg, Thomas Schulz, Jana Böhme, Jürgen Große (ab 13.00), für die Geschäftsstelle: Gudrun Meiburg, als Referentin: Katja Lorenz

Beginn: 12 Uhr 20, Ende 15.45

TOP 1: **Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In**

Leitung: Jana Böhme
Protokoll: Thomas Schulz

TOP 2: **Genehmigung der Tagesordnung**

Die Tagesordnung wurde ergänzt und genehmigt.

TOP 3: **Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 12. August 2007 in Berlin**

Das Protokoll wird mit kleinen Korrekturen genehmigt.

TOP 4: **Beschlusskontrolle**

Das Protokoll der Vorstandssitzung aus Hannover wird genehmigt.

Termin mit Biggi Bender muss von Jürgen und Bernd vereinbart werden.

Für den Notartermin: Bernd bereitet das Kurzprotokoll der MV bis zum 20.10.07 vor. Gudrun verschickt das Kurzprotokoll an Christiane und Gudrun Hahn. Danach werden die Unterlagen an den Notar geschickt. Es ist geplant, dass der Notartermin am Montag, den 17.12.07, durchgeführt wird und vorher am Sonntag, den 16.12.07, eine Vorstandssitzung stattfindet.

Spendenaufruf erscheint im RB 68

Bislang gibt es keine Stellungnahme zur OTC-Preisbindung, Thomas erarbeitet eine Vorlage, damit der VDPP bei einer entsprechenden Entwicklung schnell reagieren kann.

Die Räumlichkeiten für die MV 2008 sind reserviert, der Festvortrag wird von Udo Puteanus gehalten.

TOP 4a: **Genehmigung des Protokolls der MV**

Es wurde festgestellt, dass die elektronischen Fassungen, die dem Vorstand vorliegen, nicht mit der unterschriebenen Fassung übereinstimmen. Der Vorstand stellt fest, dass die Protokollführung für die MV 2007 nicht zufrieden stellend verlaufen ist. Für die MV 2008 müssen die Aufgaben für die Protokollführung vom Vorstand klar geregelt werden (Fristsetzung bis zur Vorlage des Protokolls beim Vorstand, Vorlage einer elektronischen Fassung).

TOP 5: **Bericht aus der Geschäftsstelle**

Der Notartermin wurde bereits unter TOP 4 festgelegt. Mit Susanne Jäger werden Details der Website geklärt. Die Druckkosten für den Flyer zum Herbstseminar konnten nur um 50 Euro gesenkt werden. Es müssen in Zukunft die Kosten **vor Auftragsvergabe** geklärt werden. Eine Anfrage aus Bremen wird von Katja bearbeitet und ggf. weiter verbreitet. Gudrun wird klären, welche Ausgaben der VDPP bis zum Jahresende noch begleichen muss und dann entsprechende Beträge des Festgeldes kündigen. Der Arbeitsanfall in der Geschäftsstelle hat sich erhöht.

Beschluss: Der Vorstand genehmigt die Erstattung von maximal 50 Überstunden in der Geschäftsstelle.

CBG wird Material für den nächsten RB an die Geschäftsstelle schicken

TOP 6: **Bericht der Referentin**

Katja hat das Herbstseminar vorbereitet. Es wurden zwei VDPP-Aktuell versandt. Es wird diskutiert, wie der Versand des VDPP-Aktuell gestaltet werden soll.

Beschluss: Der VDPP-Aktuell wird an Mitglieder und Interessenten verschickt. Der E-Mail-Versand erfolgt wie bisher per bcc.

Auf die Ankündigung der Programmaktualisierung sind noch keine Rückmeldungen gekommen.

Der Spendenaufruf für Ingeborg ist für den RB 68 vorbereitet.

Antworten von Katja auf Bürgeranfragen werden dem Vorstand im cc mitgeteilt.

Die Überarbeitung des Leporellos ist noch in Arbeit und soll mit der Aktualisierung des Programms verbunden werden.

Überlegung für das Herbstseminar: Werbung für den VDPP als Visitenkarten vorbereiten.

Beschluss: Es werden bis zu 100 Euro für die Gestaltung und Produktion von Postkarten und visitenkartengroßen Werbekarten bereit gestellt.

TOP 7: **Kassenbericht**

Wie unter TOP 6 berichtet werden Rücklagen aktiviert.

TOP 8: **Bericht aus den Regionen**

Berlin: trifft sich regelmäßig alle zwei Monate, derzeit wird intensiv das Herbstseminar vorbereitet. Weiterhin wurde die HPV-Impfung kontrovers diskutiert. Es wurden auch verschiedene AM-Probleme besprochen.

Hamburg trifft sich alle 14 Tage. Nächster Termin ist der 10.10.07 und dann alle 14 Tage.

Katja berichtet vom **Apothekertag**: Gespräch mit Frau Heinz vom BPhD, sie erhielt Sonder-RB. Gegenseitige Teilnahme bei einer Vorstandssitzung wurde angedacht. Kontakt zu den Fachschaften soll erleichtert werden. Gespräch mit Frau Marquardt (Ex-Forum Leipzig und Pharmazeutinnenverband), Gespräch mit Herrn Mattern (BApöD), dort ist das Herbstseminar auf der Website angekündigt, Gespräch mit ADEXA (viele neue Leute) und Apotheker ohne Grenzen. Gespräch mit Herrn Rotta von der DAZ im Presse-

zentrum. Gespräch mit apotheke-ad-hoc, kostenpflichtiges Angebot Ankündigung des Seminars für(49 Euro (400 Zeichen)).

Beschluss: Der VDPP wird erst einmal keine kostenpflichtigen Ankündigungen bei apotheke-ad-hoc einreichen.

Bericht aus den Arbeitskreisen: Im AK 2 „Verbraucherschutz braucht Sicherheit" wurde auch unser Antrag zur Beobachtung und Bewertung des Selbstmedikationsmarktes (eingereicht über die AK Berlin) diskutiert. Der Antrag wurde mit Mehrheit angenommen.

Der VDPP wird bei der BAK zur Zusammensetzung der AG nachfragen: Wen wird der VDPP vorschlagen? Es soll eine/r Offizinapotheker (in) gesucht werden.

Katja berichtete von den atmosphärischen Feinheiten des Apothekertages.

In der DAZ wurden aktuell die Presseerklärung zum Relaunch der Website, der die Ankündigung des Herbstseminars und der Leserbrief von Bernd Rehberg zum Editorial in der DAZ Nr. 36 veröffentlicht. Die PZ hatte die PM bereits in der Nr. 39 abgedruckt.

Es liegen keine Informationen zu den Regionalgruppentreffen aus Hessen vor, Katja wird nachfragen.

TOP 9: **Aktuelle Gesundheitspolitik**

Der Referentenentwurf der Apothekenbetriebsordnung wird demnächst vorgestellt werden. Die anstehende Änderung der AM-Verschreibungsverordnung wurde diskutiert.

Diskussion über Auswirkungen einer möglichen Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes durch den EuGH.

TOP 10: **Herbstseminar**

BApöd und VDÄÄ kündigen das Seminar auf ihrer Homepage an. Linke und Grüne wurden angeschrieben. Auch CDU, SPD, FDP sollen eingeladen werden. Die grünen Broschüren werden als Geschenk für die Referenten verwendet. Die Presse zahlt keine Teilnehmergebühr, sollten Politiker kommen, wird um eine Spende gebeten. Für die Referenten und die Moderatorin werden Tischkarten vorbereitet.

TOP 11: **Rundbrief/Homepage/ Newsletter/Flyer**

Katja und Jana werden sich wegen des Flyers abstimmen. Gudrun weist darauf hin, dass nur noch 10 Programme in der Geschäftsstelle liegen. Die Programme, die kürzlich versandt wurden, sollen – wenn nicht benötigt – in Berlin und Hamburg eingesammelt werden.

Der Redaktionsschluss für den RB 68 wird der 15.10.07 sein. Der RB soll noch rechtzeitig bei den Mitgliedern sein, um spät Entschlossene für eine Teilnahme am Herbstseminar zu aktivieren.

TOP 12: **Programmneufassung**

Der Brief mit der Ankündigung und dem aktuellen Programm wurde an die Mitglieder verschickt, ein Artikel erscheint im RB. Der Vorstand will zum Ende des Jahres die relevanten Gebiete zusammenstellen, zu denen – aus Sicht des Vorstandes - Überarbeitungsbedarf besteht.

TOP 13: **Verschiedenes**

MV 2008: Bis zum 15. Oktober muss in Dresden für den Tagungsraum zugesagt werden. Weiterhin wird Gudrun ein Zimmerkontingent für die Mitglieder reservieren.

Beschluss: Gudrun wird den Tagungsraum zusagen. Katja wird sich wegen eines Führungstermins im Hygienemuseum erkundigen (vorzugsweise am Samstagabend).

Nächste Vorstandssitzung: Sonntag, der 16. Dezember 2007, Hamburg, ca. 14.00 -18.00 Uhr

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 21. November 2008, um 19.30 Uhr statt. Der Ort liegt noch nicht fest und ist zu erfragen bei Regina Schumann, Tel. 030 7951471, E-Mail: sander.schumann@gmx.de.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 23. Januar, 6. und 20. Februar 2008.

Regionalgruppe Hessen

Die Termine sind jeweils bei Christl Trischler, Tel. 06150 85234, E-Mail chri-tri@web.de oder bei Bernd Baehr, Tel. 069 454046, E-Mail rotlind-apotheke@t-online.de, zu erfragen.

VDPP-Vorstand

Die nächste Vorstandssitzung wird am Sonnabend, dem 2. Februar 2008 in Berlin stattfinden.

VDPP-Mitgliederversammlung 2008

Die Mitgliederversammlung wird vom 20. bis 22. Juni 2008 In Dresden stattfinden.

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

DOKUMENTATION

Im Folgenden werden die Inhalte der Powerpoint-Dateien wiedergegeben, die uns Prof. Niehoff zur Verfügung gestellt hat, und die seinem Vortrag beim Herbstseminar zu Grunde lagen. Diese Dateien sind im Originallayout als PDF-Dateien auch auf der Homepage des VDPP (http://www.vdpp.de) zu finden, ebenso wie der Vortrag von Prof. Glaeske, der hier aus technischen Gründen (zu viele Grafiken) nicht abgedruckt werden konnte.

Die Redaktion

Wettbewerb – ja und amen?

von Jens-Uwe Niehoff

VDPP Seminar, Berlin, 10.11.2007

Zwei unterschiedliche Perspektiven

Übertragung aller wesentlichen gesellschaftlichen Orientierungen und Regulationen auf den Interessenwettbewerb wirtschaftlich handlungsmächtiger Akteure als Alternative zur demokratische Konsentierung gesamtgesellschaftlicher Interessen

Wirkungen des Wettbewerbs unter mikroökonomischen (betriebswirtschaftlichen) Rahmenbedingungen (nachfolgend nicht fokussiert)

Zur derzeitigen Lage

- im Vergleich der entwickelten Industrieländer unterdurchschnittliche pro-Kopf-Ausgaben und Ausgabensteigerungen
- Entkopplung von BIP und Einkommensentwicklung
- Neuordnung der Anbieterinteressen und der Versicherungsinteressen
- zunehmende Trennung von Versicherungs- und Versorgungsinteresse

Preisgabe sozialer Ziele zwingt zur Suche nach einer neuen Leitidee

M. Keynes *(Grundsatzprogramm der CDU 1949: Es hat sich geschichtlich erwiesen, dass der Kapitalismus nicht in der Lage ist, die grundlegenden Bedürfnisse der Menschheit zu befriedigen.)*

M. Roemer, M. Terris *(Maßgebliche Aktivisten der Einführung von Medicaid und Medicare, Markt- und Wettbewerbsversagen in der Krankenversorgung zwingt zu strikter Bedarfsplanung)*

M. Friedman *„Few trends could so thoroughly undermine the very foundations of our free society as the acceptance by corporate officials of a social responsibility other than to make as much money for their shareholders as possible.„* (Freedom and Capitalism, 1962)

A. Enthoven Ziel: *managed competition, Beförderung der amerikanischen Präferenzen, Pluralismus, individuelle Wahlfreiheit und Ablehnung kollektiver sozialer Verantwortungen, 1977, eine der maßgebenden Grundlagen der Transformation der GKV*

Wettbewerb – Ziel oder Methode?

Wettbewerb als Ziel:
beständiger Wettbewerb ist die Quelle des Gemeinwohls (A. Smith) und deshalb oberstes Gesellschaftsziel

Wettbewerb als Methode:
komplexe Systeme lassen sich nur durch Konkurrenz (Wettbewerb) nicht durch zielorientiertes (bedarfsorientiertes) Handeln optimieren

Wettbewerb – die Zielobjekte einer Obsession

- Wettbewerb um einzelne Versicherte
- Wettbewerb um niedrigste Preise und höchste Umsätze
- Wettbewerb um Verträge und Patienten
- Wettbewerb um Anbieter von Versorgungsstrukturen und -institutionen
- Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern um Preis- und/oder Umsatzvorteile

Wettbewerb – die große Hoffnung

Effektivität steigt, weil nicht der jeweils aktuelle Patienteninteresse, sondern das Versicherteninteressen im Mittelpunkt steht

bei privatwirtschaftlicher Ausgestaltung des Systems steigt die Effizienz, weil Gewinnerwartung den Ressourcenverbrauch senkt und die Kunden Interessen differenziert (von Anbietermärkten zu Kundenmärkten)

die Penetration des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts wird bei niedrigsten Kosten gefördert

es werden Leistungsstrukturen erzwungen, die sich an den Erlösen, statt am (letztlich nicht eingrenzbaren) Bedarf orientieren

hohe Flexibilität der Anbieterstrukturen und der Versorgungsprozesse bei sich ändernden Kundeninteressen

Wettbewerbsversagen I

- Uno-actu-Prinzip (Leistungserbringung und –nachfrage fallen zusammen)
- Roemer's Law (Bedarfsentscheidung und -befriedigung liegen in einer Hand)
- marktwirtschaftliche Gesundheitsversorgung ist sozial ineffektiv

- marktwirtschaftliche Gesundheitsversorgung ist makroökonomisch ineffizient
- marktwirtschaftliche Gesundheitsversorgung ist betriebswirtschaftlich hoch effizient (Preis: extrem bürokratische Steuerungs-, Regelungs- und Kontrolldichte)
- Produktdefinitionen reduzieren die individuelle Varianz notwendiger Hilfen

Wettbewerbsversagen II

- medizinische Dienstleistungen können nur am Patienten erbracht werden
- das Arbeitsergebnis ist nur bedingt der ärztlichen Leistung zurechenbar
- Teile des „Produktionsergebnisses" existieren nur während des Kontaktes (z.B. menschliche Zuwendung)
- nur begrenzt über die Faktoren Zeit und Qualifikation rationalisierbar
- Rationalisierungen durch Arbeitsteilung führt zu Leistungsausweitungen
- Produktivitätsentwicklung niedriger als in der Industrie; Folge: die Entgelte müssen unter denen in der Industrie liegen oder die Preise müssen erheblich stärker wachsen als die Inflationsrate
- mangelnde Kapazitätselastizität, Überkapazitäten sind unvermeidlich
- individuelle Plastizität der Dienstleistung ist Bedingung für die Qualität
- die Figur des „Kunden" ist bei medizinischen Dienstleistungen eine artifizielle, ggf. zynische Konstruktion

Managed Competition

Das Konzept eines „Managed Competition" (Enthoven 1978, deutsche „Übersetzung" solidarischer Wettbewerb) ist eine besonders einflussreiche Variante der Versuche, das Wettbewerbsversagen aufzulösen.

Ziel für die USA: Überwindung Unter- und Nichtversicherung, der mangelnden Zugänglichkeit medizinischer Versorgung, der Ineffektivität des Versorgungssystems durch die Einführung einer Nationalen Krankenversicherung bei gleichzeitiger allgemeiner Ablehnung kollektiver sozialer Verantwortung durch die Verknüpfung einer privatrechtlich konstruierten Krankenversicherung mit einer allgemeinen Versicherungspflicht, Pluralismus, individueller Wahlfreiheit

Mechanismus des Managed Competition

- Basis-Leistungspaket (Mindeststandard zur Vermeidung von Unterversorgung, ansonsten Normensetzung über Marktmechanismen)
- Beitragseinzug durch einen „Sponsor", Verteilung entsprechend dem Mix der Risikoprofile der Versicherten auf die Kostenträger, bzw. die MCOs
- selektive Auswahl der Versorgungsanbieter durch die Versicherungsträger
- die Überwachung der Versorgungsqualität und -quantität durch Interessenvertretungen der Kunden
- ständiger Wechsel der Vergütungsformen
- Recht der Versicherten zum Wechsel des Versicherungsträgers
- Zuzahlungsregelungen zur Vermeidung eines vermuteten *Moral Hazard*

Die Folgen

- Wettbewerbsziel: überleben und siegen
- wer kräftiger, belastbarer und sozial konform ist, soll im Wettbewerb Vorteile haben (blaming the victims)
- Absenkung der Toleranzschwelle für non-konformes Verhalten
- wachsende Regulierungs- und Kontrolldichte gegenüber den Versicherten und den Akteuren
- Auflösung der Prinzipien vom Solidarität und Subsidiarität durch Subsidiarität und individueller Kaufkraft
- Begrenzung und ggf. Auflösung des Korporatismus

Ernst & Young: Gesundheitsversorgung 2020
(Beispiele aus einer Prognose 1)

- der Patient ist 2020 abgeschafft und endgültig zum Kunden geworden
- das ehemalige Krankenhaus ist 2020 ein großer Supermarkt, an dem es alles an einem Ort gibt
- die Kunden in diesem Supermarkt haben einen „Health Consultant" und einen „Wellness-Coach", die im 24/7-Service den Kunden durch den Supermarkt führen
- die Kommunikation zwischen Arzt und Patient erfolgt vor allem über das Internet, deshalb braucht das System nur noch einen Bruchteil des heutigen Personals

Ernst & Young: Gesundheitsversorgung 2020
(Beispiele aus einer Prognose 2)

- Markt und Wettbewerb sind 2020 die bestimmenden Regulations- und Steuerungsgrößen der med. Versorgung
- der Gesundheitsmarkt ist „500 Milliarden Euro schwer"
- die Arbeitgeber haben nur noch einen Finanzierungsanteil von 15 Milliarden Euro, die privaten Haushalte plus ihre privaten Versicherungen von 400 Milliarden Euro, die Rentenversicherung von 25 Milliarden Eu-

ro, die Unfallversicherung von 15 Milliarden und der Staat von 35 Milliarden
- es wird 2020 allgemeine akzeptiert, dass das wichtigste Handlungsziel der Gesundheitswirtschaft Renditen sind

Ernst & Young: Gesundheitsversorgung 2020 (Strategische Optionen)

- nationale und internationale „360 Grad Anbieter" (durchweg Kapitalgesellschaften) beherrschen den Gesundheitsmarkt
- freigemeinnützige Versorgungsnetze finden dort noch einen Marktanteil, wo Kunden sich neben dem medizinischen Leistungsprodukt zusätzlich für bestimmte soziale Werte entscheiden.
- regionale/kommunale Versorgungsnetze sind kein Zukunftsmodell, werden aber dort erhalten bleiben, wo eine renditeorientierte flächendeckende Versorgung nicht gewährleistet werden kann

Wie wird es also in 2020 sein?

- Die heutige GKV, eine gGmbH und Geschäftspartner von Anbieterholdings (IDS)?
- Die Finanzierung der Krankenversicherung aus direkten Lohnkosten und aus Verbrauchersteuern?
- Kompensation der sozialen Ineffektivität marktwirtschaftlicher Versorgung durch die sukzessive Einführung einer komplementären Steuerfinanzierung in einem föderalen System?
- Das sozialstaatliche Prinzip „Subsidiarität und Solidarität" ist durch das Prinzip „Subsidiarität und Markt" ersetzt?
- Das gesellschaftliche Kohärenzprinzip „solidarische Eigenverantwortung von Kapital und Arbeit" ist durch das Prinzip „Selbstverantwortung und Konkurrenz" ersetzt?

Das sich durchsetzende Gesellschaftskonzept

„Few trends could so thoroughly undermine the very foundations of our free society as the acceptance by corporate officials of a social responsibility other than to make as much money for their shareholders as possible."
Friedman, M. (Nobelpreisträger für Ökonomie 1976), Freedom and Capitalism, 1962

Eigenschaften medizinischer Versorgung

- Extrem diversifizierter und ungleich verteilter Bedarf (Asymmetrie des Bedarfs)
- Nur eine relativ geringe Anzahl von Behandlungskrankheiten hat eine hohe Prävalenz
- effektive Versorgung erhöht bei sog. chronischen Krankheiten die Prävalenz
- Je höher der individuelle Bedarf desto geringer die Fähigkeit, ihn aus eigenen Ressourcen zu befriedigen (Asymmetrie der Ressourcen).
- Je schlechter die soziale Lage und je früher und länger ihr Menschen ausgesetzt sind, desto nachteiliger für die Gesundheit
- 20 % beanspruchen 80 % der Leistungen, ca. 70 % der Leistungen werden 3 Jahre vor dem Tod beansprucht
- „Gesunde" haben ein Interesse an der Absenkung der Beiträge, „Kranke" ein Interesse an der Maximierung der Leistungen

Einnahme- oder Ausgabekrise?

- durchschnittliche Lohnquote sinkt
- Arbeitseinkommen der Masse der Niedriglohnempfänger sinkt
- der Arbeitskraftunternehmer (AKU) verändert die lohnabhängige Arbeit
- Arbeitslosigkeit bleibt hoch
- Veränderungen der Arbeitsförderung, im BSHG und im Rentenrecht (z. B. durch betriebliche Alterssicherung) senken die Kasseneinnahmen
- das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen sinkt
- die Renten stagnieren oder sinken
- Beitragssatz wird je nach politischer Interessenlage auf Stabilität getrimmt
- die durchschnittliche Beschäftigungsdauer sinkt, die Lebensarbeitszeit steigt

Wettbewerb: Voraussetzungen

selektive Kontrahierung mit Risikoselektion (Voraussetzung: Datentransparenz und fortlaufende vergleichende Bewertung der Marktteilnehmer/ Qualitätssicherung; kontrovers: standardisiert oder nur bezogen auf die Kasseninteressen)

Definition von Leistungsprodukten gemäß vereinbarter Standardmerkmale und selektive vertragliche Vereinbarung solcher Produkte und ihrer Preise mit den Kunden (Preis-Leitungsverhältnis, Differenzierung der Produktinhalte über den Preis)

Aufhebung des provider-purchaser-splits und ggf. die Zulassung hochintegrierter Wertschöpfungsebenen (sektorenübergreifende Versorgungsangebote, strategische Allianzen zwischen einzelnen Kassen und Leistungsanbietern, Schaffung neue Versorgungsformen, Übernahme der Indikationshoheit durch den, der die Leistung finanziert, Integration von Gesundheitsversorgung und med.-industriellem Komplex)

Wettbewerb: Strategien

- Integration von Wertschöpfungsebenen, hierunter möglichst auch die des Versicherungs- und des Versorgungsgeschäfts (Managed Care) sowie von Pharmaindustrie und Hilfsmittelherstellern mit eigenen Versorgungsangeboten
- Risikoselektion (favourable vs. adverse selection) und selektive Kontrahierung
- Begrenzung der Zugänglichkeit medizinischer Versorgung
- Vermeidung aufwändiger Leistungen (defensive medicine)
- „Simple Medicine" im „Cash and Carry System"

Wettbewerb: Techniken (1)

- freie Vereinbarung von Leistungsprodukten
- strikte Kontrolle der Leistungsnachfrage des Anspruchsberechtigten
- strikte Auswahl (Credentialing) und Kontrolle des Arztes bzw. Teams nach versorgungsökonomisch Rastermerkmalen

- Steuerung des Inanspruchnahme- und der Leistungsgewährung durch Techniken des gatekeeping, durch medical protocols, guidelines, pathways, utilization reviewing,
- prospektiv pauschalierter Leistungseinkauf für Versicherte (prospective payment systems)

Wettbewerb: Techniken (2)

- Evaluation des konsumierten medizinischen Aufwandes (z.B. Appropriateness Evaluation Protocol, Drug Utilization Evaluation Protocol)
- betriebswirtschaftliche Supervision ärztlicher Leistungserbringung (z.B. Pre-Admission Review, Pre-Admission Certification, Prior Authorization, Pre-Certification, Pre-Authorization, Pre-estimate of Cost, Pre-treatment estimate durch Professional Review Organizations),
- fortlaufende Profilierung medizinischer Leistungs- und Versicherungsprodukte nach dem betriebswirtschaftlichen Aufwand,
- Bindung der Versicherten an die Leistungserbringer,
- strikte Kostentransparenz auf der Ebene des Versicherten, des Arztes und der Versorgungseinrichtung,
- die Einbindung von Produkten sog. Pharmaceutical Benefit Management Companies in die Krankenversorgung
- Angebote sog. Group Appointments (eine Art gemeinschaftlicher Konsultationen) für chronisch Kranke
- die Triage, um die Möglichkeit des direkten Aufsuchens des Arztes einzuschränken

Wettbewerb: aktuelle Fronten

- der Ausbau der Möglichkeiten zur Integration von Versicherung und Leistungserbringung (Aufhebung des sog. purchaser-provider-splits, Schaffung strategischer Allianzen).
- die prospektive Kalkulation von Produktpreisen und -mengen durch die Herstellung möglichst weitgehender Leistungstransparenz
- die systematische Etablierung von Techniken der Nachfragesteuerung
- die Begrenzung der Anbieter
- selektive Kontrahierung
- Qualitätssicherung zur Vermeidung sinkender Qualität
- Etablierung systematischer Versorgungssteuerung in den Einrichtungen

Wettbewerb:
das Jonglieren mit rohen Eiern

- die Konzentration von Versorgungsleistungen über Marktmechanismen; Folgen: Risikoselektion und Verzicht auf flächendeckende Versorgungsangebote (siehe GMK, siehe aktuelle Rechtssprechung)
- ein neuer player: der renditehungrige Investor (gestern Internet, heute Gesundheitswirtschaft)
- die Integration/Allianz von Kassen und Großinvestoren?

Das eine und andere zum Konflikt (I)

Böhlke, R., Söhnle, N., Viering, S (2005): Konzentriert. Marktorientiert. Saniert. Gesundheitsversorgung 2020 Ernst & Young, Eschborn/Frankfurt a. M.

Braun, B., Kühn, H., Reiners, H. (1999): Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/M

Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen. Baden-Baden

http://www.pnhp.org/slideshow/, 020.03.2007

Iz, P. (2001): HCFA Study on Pharmaceutical Benefit Management Industry, PricewaterhouseCoopers 2001, HCFA Contract No. 500-97-0399/0097

Krugman, P. (2000): Schmalspur-Ökonomie. Die 27 populärsten Irrtümer über Wirtschaft, Campus Sachbuch

Krugman, P. (2005a): Health Economics 101, New York Times, November 14. 2005

Krugman, P. (2005b): A private obsession. New York times April 29, 2005a

Krugman, P. (2006): The Health Care Crises an What to Do About it, The New York Review of Books, Volume 53,Number 5, March 23, 2006

Myles, Gareth D. (1995): Public Economics, Cambridge: Cambridge University Press (zum Marktversagen: Chapter 2; zum Marktversagen: Chapters 9-11)

Niehoff, J.-U. „ Die Transformation des Systems der Krankenversorgung in den USA - ein medizinisches Versorgungsmodell zwischen Hoffnung und Befürchtung – „http://www. forumgesundheitspolitik. de/suchen/ suchen.pl

Niehoff, J.-U. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb http://www.forum-gesundheitspolitik. de/suchen/suchen.pl

Niehoff/Braun Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health, NOMOS- Verlag 2003

Das eine oder andere zum Konflikt (II)

Niehoff, J.-U. Sozialmedizin systematisch, Uni-Med Verlag 2006

Niehoff, J.-U. Gesundheitssicherung – Gesundheitsversorgung – Gesundheitsmanagement, voraussichtlich Nov. 2007

Nuscheler, R. (2003): Risk selection in die German Health Insurance System, mimeo

Perelman, M. (2003): The Perverse Economy - The Impact of Markets on People and the Environment

Reinhardt, U.E. (2004): in Rice, Th. Stichwort Gesundheitsökonomie: eine kritische Auseinandersetzung. Bonn, KomPart Verlagsgesellschaft 2004

Salmon, J.W. (1990): The corporate Transformation of health Care. Issues and Directions. Baywood Publishing Company 1990

Salmon, J.W. (1994): The corporate Transformation of health Care. Perspectives and implications. Baywood Publishing Company 1994

Schwartz, F. W., Busse, R. (1994): Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. In. Jahrbuch für Kritische Medizin 23, 149-170, Argument Verlag, Hamburg

Wynand, P.M.M., van de Ven, R.P. Ellis (2000): Risk Adjustment in competitive health plan markets. In: Culyer, A.J., Newhouse, J.P. Handbok of Ealth Economics, North-Holland, Amsterdam, S. 755-845

Zeman, M.M. (1993): Health care in an era of managed competition. http://www.nysscpa.org/ cpajournal/old/14628738.htm, 06.03.2007

Anmerkungen zum Wettbewerbsstärkungsgesetz

Falsche Analysen führen zu falschen Lösungen oder: Ideologische Motive zwingen zur Verschleierung der Ziele

von Jens-Uwe Niehoff

Sozialmedizinisches Elementarwissen

- Je schlechter die soziale Lage und je früher und länger ihr Menschen ausgesetzt sind, desto nachteiliger für die Gesundheit
- 20 % der Menschen benötigen 80 % der Leistungen, ca. 70 % der Leistungen werden 3 Jahre vor dem Tod beansprucht
- Mit steigender Lebenserwartung werden Leistungen zum Erhalt der Teilhabe am Leben bedeutsamer
- freier Wettbewerb in den Gesundheitssystemen führt zu systematischen Fehlallokationen, zu Qualitätsdefiziten und anreizspezifischer Risikoselektion

Die Trias der falschen Analysen

- Die GKV kann die Folgen des demografischen Wandels nicht bewältigen (der Mythos „Demografie")
- Der medizinisch-technische Fortschritt ist für die GKV unbezahlbar (der Mythos „Innovationsdruck")
- Die Absicherung von Krankheitsrisiken durch Kapital und Arbeit ist die Ursache der Arbeitslosigkeit (der Mythos „Lohnnebenkosten")

Des Pudels Kern: Die Einnahmekrise der GKV ist kein Konjunkturproblem

- die durchschnittliche Lohnquote sinkt
- die Arbeitseinkommen der Masse der Niedriglohnempfänger sinkt
- der Arbeitskraftunternehmer (AKU) verändert die lohnabhängige Arbeit
- Arbeitslosigkeit bleibt hoch
- Arbeitsförderungsgesetz und BSHG senken die Kasseneinnahmen
- die betriebliche Alterssicherung verringert die Kasseneinnahmen
- Anteil Privatversicherten steigt
- das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen sinkt
- die Renten stagnieren oder sinken
- Beitragssatz wird auf Stabilität getrimmt
- die durchschnittliche Beschäftigungsdauer und die Lebensarbeitszeit sinken

Der Konflikt zwischen Effektivität und Effizienz in Wettbewerbssystemen

- GKV ist effektiv, wenn sie die verfügbaren Mittel bedarfsgerecht einsetzt
- GKV ist effizient, wenn sie Leistungen präferiert, die bei niedrigem Aufwand für die Mehrheit der Versicherten attraktiv sind
- in der GKV wird die Effizienz von 20 % der Versicherten bestimmt, unter Wettbewerbsbedingungen führt das zum Anreiz, die Interessen der übrigen 80 % gegen jene zu stärken, die der Solidarität bedürfen
- der Effizienzdruck richtet sich systematisch gegen die hauptsächlichen Bedarfsträger

Das marktwirtschaftliche Dilemma medizinischer Dienstleistungen

(nach Herder-Dorneich 1994, Niehoff/Braun 2003)

- Uno-actu-Prinzip (Leistungserbringung und -nachfrage fallen zusammen)
- Roemer's Law (Bedarfsentscheidung und -befriedigung liegen in einer Hand)
- marktwirtschaftliche Gesundheitsversorgung ist sozial ineffektiv
- marktwirtschaftliche Gesundheitsversorgung ist makroökonomisch ineffizient
- marktwirtschaftliche Gesundheitsversorgung ist betriebswirtschaftlich hoch effizient (Preis: extrem bürokratische Steuerungs-, Regelungs- und Kontrolldichte)
- der Patient ist kein Kunde
- Produktdefinitionen ersetzen den Hilfebegriff (ethisches Dilemma)

Die Notwendigkeit solidarischer Krankenversicherungssysteme

- Ungleichverteilung des Bedarfs verlangt Schaffung eines gleichen Leistungszugangs, wenn Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung übergeordnetes Ziel ist
- zwei Aspekte der Ungleichverteilung:
  - Junge, Gesunde und Personen mit gutem Einkommen reagieren positiv auf niedrige Beiträge, Anreize zur Leistungsvermeidung und Effizienzversprechen sowie Risikoabsicherung
  - Alte, Kranke, Behinderte reagieren positiv auf Leistungsangebote, Effektivitätsversprechen, Beratung und Unterstützung
- Das Gleichheitsgebot wird durch eine soziale Versicherung erzwungen; mit seiner Schwächung, bzw. mit Leistungsausschlüssen erlischt das zentrale Merkmal einer sozialen Versicherung

Wirkung ökonomischer Anreizsysteme im Wettbewerb

- Risikoselektion
- Vermeidung langdauernder Versorgungsfälle
- Defensive Medicine
- die Präferenz für hohe Prävalenzen
- Depersonalisierung und Desozialisierung der Versorgung
- hohe Zugangshürden

- Anreiz zur Integration der Wertschöpfungsebenen „Versicherung“ und „Versorgung“ (Managed Care)

Das Schlüsseljahr 1992

- Die Gegner der GKV erreichen den Übergang vom Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit und Angebotshomogenität in die Wettbewerbssteuerung, flankiert von RSA und Wahlfreiheit
- RSA verlangt produktanaloge Klassifikationen medizinischer Dienstleistungen nach der Logik von Fall-und Personenklassifikationen
- Folgen des RSA:
  - Entstehung der methodischen Voraussetzungen für eine „Produktemedizin“ und die systematische Risikoselektion
  - da nur etwa 35 – 40 % der Bedarfe von diesen Klassifikationen angemessen abgebildet werden, fällt der Rest durch das „Rost“
  - Das betrifft vor allem die in der Summe sehr große Zahl von Menschen, die nicht an den sog. häufigen Krankheiten leiden.

Das WSG

- die GKV wird bei – trotz RSA – fortbestehender inhomogener Risikostruktur in den verschärften Wettbewerb getrieben
- Kassen mit ungünstigen Risiken werden zu Zusatzbeiträgen gezwungen
- Zusatzbeiträge verdrängen die Kassen mit ungünstiger Risikostruktur
- da der Staat die Beiträge festsetzt, bestimmt er künftig selektiv die Überlebensfähigkeit von Kassen
- für steuerfinanzierte Leistungen liegt die normative Hoheit bei der Legislative
- das Solidarmotiv der GKV wird durch die Einführung des Health Belief Models und des Moral Hazard Theorems sowie Wahltarife irreversibel beschädigt

Die Ordnungspolitik im WSG

- wettbewerbsneutrale Beitragsfestsetzung durch den Staat
- BVA wird zur Regulierungsbehörde (tendenzielle Auflösung der Selbstverwaltung)
- die Vermeidung von Zusatzprämien wird zum wichtigsten Wettbewerbsziel
- Folge:
  Entstehung eines neuartigen und in seinen komplexen Wirkungen insgesamt nicht vorhersehbaren Systems ökonomischer Anreize

Das ökonomische Anreizsystem des WSG

- Ausschluss teurer (oft auch seltener) Leistungen, bzw. entsprechender Bedarfsträger
- aktuelle Beitragspolitik wird wichtiger als Versorgungspolitik
- Auflösung einer langfristigen Mitgliederpolitik durch eine selektive Kundenpolitik Betreuung chronisch Kranker
- Präferenz für akute Versorgungsleistungen statt langfristiger Betreuung chronisch Kranker
- selektive (soziale) Stigmatisierung von Bedarfen durch die Einführung von kausalen Leistungskonditionen
- Reduktion des Qualitätsbegriffs auf preisspezifische Produktinhalte

Wahlfreiheit:
die kalkulierte Sollbruchstelle der mitgliedergetragenen GKV

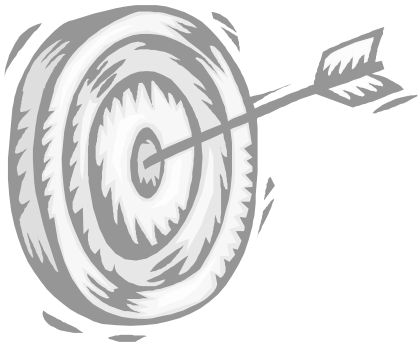
- wem die Beiträge zu hoch sind, kann zu einer billigeren Kasse gehen
- wem die Leistungen zu schlecht sind, kann zu einer teuren Kasse oder gleich zur PKV gehen
- die Wahlfreiheit derer mit hohen Beitragszahlungen und geringem Bedarf ist höher als die derjenigen mit niedrigen Beitragszahlungen und hohem Bedarf
- wer vom Solidarmotiv freiwillig in der GKV gehalten wird ist selber Schuld

Resümee des ideologischen Handlungsmotivs „Wettbewerb“

- Wettbewerbsziel: überleben/ siegen statt Solidarität
- wer kräftiger, belastbarer und sozial konform ist, soll im Wettbewerb über chronisch kranke, arme, behinderte und sozial non-konform lebende Menschen Sieger sein
- Auflösung des Prinzips des „Ausgleichs sozialer Nachteile“
- wachsende Regulierungs-und Kontrolldichte gegenüber allen Akteuren, darunter auch die Mitglieder
- Auflösung der demokratischen Eigenverantwortung von Kapital und Arbeit
- die Auflösung der Selbstverwaltung

Das verschleierte Ziel

- **Transformation der GKV** in ein System marktwirtschaftlich organisierter Versorgung
- die **Finanzierung** der Krankenversicherung aus den direkten Lohnkosten und aus Verbrauchersteuern
- Kompensation der **sozialen Ineffektivität** marktwirtschaftlicher Versorgung durch die sukzessive Einführung einer komplementären Steuerfinanzierung
- das sozialstaatliche Prinzip **„Subsidiarität und Solidarität“** wird durch das Prinzip **„Subsidiarität und Markt“** ersetzt
- das gesellschaftliche Kohärenzprinzip **„solidarische Eigenverantwortung von Kapital und Arbeit“** wird durch das Prinzip **„Selbstverantwortung und Wettbewerb“** ersetzt



Was kostet ein Arzt?

Struktur der Kosten lohnabhängiger Arbeit

von Jens-Uwe Niehoff

(modif. nach Statistisches Bundesamt, Fachserie 16, Arbeitskostenerhebung 1996, Heft 1, S. 8)

Struktur der Arbeitskosten nach St. BA

- Entgelte für real geleistete Arbeitszeit
- Personalnebenkosten, auch Lohnnebenkosten genannt
  - Sonderzahlungen
  - Vergütungen für arbeitsfreie Tage
  - Versorgungseinrichtungen
  - Sonstige Personalnebenkosten

Struktur der sog. Personalnebenkosten - Sonderzahlungen

- Urlaubsgeld
- zusätzliche Monatsgehälter
- Leistungen zur Vermögensbildung der Arbeitnehmer
- fest vereinbarte Sonderzahlungen
- von der persönlichen Leistung oder dem Unternehmenserfolg abhängige Sonderzahlungen (Erfolgsprämien, Gewinnbeteiligungen usw.)

Struktur der sog. Personalnebenkosten – Vergütung arbeitsfreier Tage

- Vergütung während des Urlaubs
- Lohnfortzahlung im Krankheitsfall
- Zusätzliche Lohn-und Gehaltsfortzahlungen
- Vergütung gesetzlicher Feiertage und sonstige gesetzliche Ausfalltage
- Vergütung sonstiger tariflicher oder betrieblicher arbeitsfreier Tage

Struktur der sog. Personalnebenkosten – Versorgungseinrichtungen

- **Arbeitgeberpflichtbeiträge zur Sozialversicherung** (Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, **Krankenversicherung**, Pflegeversicherung, Unfallversicherung)
- **betriebliche Altersversorgung** (Rentenzahlungen für Ruhegeldzusagen, Nettozuführungen zu den Pensionsrückstellungen, Zuwendungen zu den Pensionskasse, Direktversicherungen, sonstige Aufwendungen für Vorsorgeeinrichtungen) *Hinweis: typischerweise aus Lohnverzicht finanziert*
- **sonstige Vorsorgeeinrichtungen** (zusätzliche Beiträge an Einrichtungen zur Unterstützung im Krankheitsfall, bei Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit)

Struktur der sog. Personalnebenkosten – sonstige Personalnebenkosten

- Entlassungsentschädigungen, betriebliches Kurzarbeitergeld, Insolvenzausfallgeld, Abgaben nach dem Schwerbehindertengesetz, Mutterschutzgeld, Familienunterstützungen, betriebliche Wohnungsfürsorge, Beihilfen im Krankheitsfall
- Gewinnbeteiligungen, Leistungszulagen, Gratifikationen, Geschenke, Auszeichnungen
- Aufwendungen für auswärtige Beschäftigung, Anwerbungskosten für Arbeitskräfte, Aufwendungen für die berufliche Aus- und Weiter- und Fortbildung
- Ausbildungsvergütungen, SV-Beiträge für Auszubildende
- Naturalleistungen, verbilligter Erwerb von Produktionserzeugnissen
- Aufwendungen für Belegschaftseinrichtungen, Kantinenkosten, Essenzuschüsse, sonstige Zuwendungen für Betriebsräte, Belegschaftsversammlungen, ggf. Mitarbeiterparkplätze, betriebseigene Kindergärten, betriebsärztliche Dienste usw.

Kommentar zur Erfassung des Statistischen Bundesamtes

- Es handelt sich um eine Kostenstruktur-, nicht um eine Entgeltstatistik!
- In der politischen Interpretation wird unterstellt, der „gerechte Lohn" dürfe sich nur auf die
- „produktwirksame" Arbeitszeit beziehen. Dieser Arbeitskostenanteil liegt unter dem Bruttolohn.
- Eine Absenkung der Personalnebenkosten müsste zu erheblichen Zuwächsen der Bruttoeinkommen und der Aufwendungen für Steuern auf der Arbeitnehmerseite führen.
- Da der Risikoausgleich dann über Steuern erfolgen würde, würden auch die sozialen Leistungssysteme zu einem erheblichen Anteil vom Staat vorzuhalten oder unter Vertrag zu nehmen sein.

Möglichkeiten der Absenkung der Arbeitskosten

- Senkung der Bruttolöhne
- Senkung der indirekten Lohnkosten
- Vermehrung der Leistungen je Arbeitszeit
- Verkürzung der Vertragslaufzeiten
- Verlagerung kostenwirksamer Arbeitgeberrisiken in leistungsabhängige Entgelte (z.B. nach OP oder Aufnahmen oder Entlassungen oder durch Gewinnbeteiligungen)
- Wettbewerb zwischen den Beschäftigten um niedrigste Arbeitskosten

Die Aufhebung des Dilemmas durch Wettbewerb um Kunden?

- Gesundheitsversorgung eignet sich nicht für die Angebot-Nachfrage-Marktwirtschaft (Uno-Actu-Prinzip).
- der Versicherte / der Patient ist kein marktmächtiger Kunde
- marktwirtschaftlichen Gesundheitssysteme führen zu Unterversorgungen oder zu steuerfi-

nanzierten Zusatzsystemen
- Wettbewerb führt zu erheblicher bürokratischer Steuerungs-, Regelungs- und Kontrolldichte
- der Patient ist nur unter Verzicht auf allgemeine Zugänglichkeit und ärztliche Entscheidungskompetenz zum Kunden zu machen
- medizinische Hilfeleistung wird unter Wettbewerbsbedingungen zum Handelsgeschäft

Die Transformation des Systems der Krankenversorgung in den USA

– ein medizinisches Versorgungsmodell zwischen Hoffnung und Befürchtung –

von Prof. Dr. Jens-Uwe Niehoff

September 2006

Gliederung

I. Wandel der Finanzierung: ***Von prepaid services, dispensaries, Indemnity insurances zu Medicaid, Medicare, CHIP und Medical Saving Accounts***

II. Wandel des Versorgungssystems: ***Vom niedergelassenen Arzt zu HMOs und zur Managed Care Industry, zu Disease Management Systems, Medical Benefit Management Companies und Integrated Delivery Systems (IDS)***

III. Wandel der Profession: ***Die Steuerung ärztlichen Handelns zwischen Markt und Staat***

Ziel

Warum ist das System, wie es ist?
Welche besonderen Probleme hat das System?
Wie wirkt es auf die ärztlicher Berufsausübung zurück?
Welche Entwicklungen betreffen uns?

1. Kernproblem
„Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Service, and the United States has Neither"
(V. Navarro, International Journal of Health Services, Vol. 19, No. 3, pp. 383-404, 1989)

2. Kernproblem
„The rise of a sovereign profession and the making of a vaste industry"
(Untertitel zu dem Buch: The social Transformation of American Medicine, Paul Staar 1982, Basic Book inc., Pulitzer Prize 1984)

3. Kernproblem
„The Changing Doctor-Patient Relationship and Performance Monitoring"
(Beitrag von W. D. White, J.W. Salmon and J. Feinglass in J.W. Salmon (1994), The Transformation of Health Care, Baywood Publishing Company)

Zitat:
„1. verschiebt sich der Schwerpunkt ... von der Anbieterseite auf die Nachfrageseite, und zwar mit einer rasanten Geschwindigkeit, die besonders den Leistungserbringern fast den Atem raubt ...
2. verlagert sich die Kontrolle der Gesundheitsausgaben und der Qualität mehr und mehr ... in die Hand von profitorientierten Unternehmen ... diese zweite Verlagerung macht nicht nur Sorge, sondern regelrechtes Grauen ...
Ich bin überzeugt davon, dass die Übertragung dieses Konzepts auf Deutschland die Kosten herauftreiben würde" u. a., weil die Regulierungskosten „in den USA ca. 20 bis 30 %" der Beiträge verbrauchen.
(U. Reinhardt, Können von amerikanischen Gesundheitssystem nützliche Impulse für Europa erwartet werden?, in: das Krankenhaus, 9/96, S. 440 – 447)

Block I
Der Wandel der Finanzierung:
Von prepaid services, dispensaries, Indemnity insurances zu Medicaid, Medicare, CHIP und MSA

Gesundheitsausgaben pro Kopf 2001
(zit. nach Beske, IGSF 2005)

Land (1. Spalte)
Gesundheitsleistungen (2. Spalte)
plus Geldleistungen (3. Spalte)

USA	5665	6195
Schweiz	3080	4571
Dänemark	3002	4318
Niederlande	2920	4140
Österreich	2916	3773
Schweden	2340	3617
Deutschland	*2741*	*3560*
Japan	3082	3552
Frankreich	2776	3320
Kanada	2548	2837
Belgien	1985	2736
Australien	2026	2669
Großbritannien	2194	2640
Italien	1733	2187
Durchschnitt	2786	3594

Krankenversorgung in den USA – die ganz andere Geschichte

- Prepaid services in ländlichen Regionen – **Ärzte treten als Versicherer auf**
- „Dispensaire" in Metropolen mit hohem Armenanteil (Einwanderer, Alte, Behinderte, „Lumpenproletariat") – **Staat tritt als Finanzierer auf**
- Versicherungswirtschaft hat an Krankenversicherungen kein Interesse

Chronologie des Scheiterns (I)

- Roosevelt (1909) scheitert mit dem Versuch, eine allgemeine Krankenversicherung zu etablieren
- 1915 Mustergesetz der American Labour Legislation: Pflichtversicherung für alle Arbeiterhaushalte mit < 1200 $ Familieneinkommen; Leistungen: begrenzte ambulante und stationäre Leistungen, Mutterschutz, Sterbegeld; zu finanzieren durch Arbeiter, Arbeitgeber und Staat

- die in der AMA organisierten Ärzte unterstützen (zunächst) dieses Modell

Chronologie des Scheiterns (II)

1917 scheitert das Modellgesetz der ALL an 3 Gegnern:

1. an den Gewerkschaften
2. an der AMA
3. an den Lebensversicherungen

Chronologie des Scheitern (III)

Die öffentliche und partiell bis heute fortwirkende Argumentation:

2. allgemeine Krankenversicherung = Überwachungsstaat
3. Versuch der Deutschen (!), mittels des sozialistisch-bolschewistischen Krankenversicherungsmodells die Revolution in den USA vorzubereiten
4. Gegnerschaft zur nationalen Krankenversicherung ist patriotische Pflicht

Die 1920er Jahre – einiges ändert sich

- Fortschritte der Medizin verlangen Behandlungsversicherung
- Krankenhäuser werden von der Mittelklasse akzeptiert
- Es gelingt der AMA, die sog. Dispensaires zu eliminieren
- Gründung des „Committee on the Cost of Medical Care (CCMC)" – private Initiative, u. a. der Rockefeller, der Millbank und der Rosenwald Foundation: 26-bändiger Report und viele Einzelpublikationen zeigen die Notwendigkeit einer allgemeinen Krankenversicherung, die aus Steuermitteln finanziert und durch gemeinnützige freiwillige Krankenversicherungen (non-profit) ergänzt werden muss. Die AMA wandte sich wiederum scharf gegen diesen Vorschlag als eines Aufrufs zur kommunistischen Revolution in den USA.

Das Jahr 1929
(Beginn der Weltwirtschaftskrise)

- Justin Ford Kimball (Baylor University, Texas) entwickelte ein ***Prepaid service*** für die stationäre Versorgung; Lehrer in Dallas können gegen die Zahlung von 6 $ pro Jahr bei Bedarf eine Krankenhausbehandlung von bis zu 21 Tagen erhalten. Andere Arbeitgebergruppen beginnen, mit solchen *benefits* um Arbeitskräfte zu konkurrieren.
- Es wird so das System einer von der Medizin ausgehenden privaten ***non-profit-insurance*** begründet, das später und bis heute mächtig unter dem label "***Blue cross – Blue Shield***" wirksam ist. (Blue Cross – stationäre Leistungen, Blue Shield – ambulante Leistungen)

The Blues – Non-Profit-Insurance
Blue Cross und Blue Shield System

- Arbeitgeberbindung des Versicherungsschutzes mit branchenspezifischer Risikokalkulation
- die Arbeitgeberinteressen bestimmen maßgeblich die Versicherungsformen
- Es wird der Nachweis erbracht, dass Krankenversicherungen attraktive Produkte sind.
- Gegen die Blues konnte künftig nur erfolgreich sein, wer **billiger** war

Die 1930er Jahre

- M. Keynes zeigte, dass der frei Markt ohne Steuerung durch den Staat nicht funktionieren und überleben kann
- *non-profit* Versicherungen weiten sich aus, *forprofit* Versicherungen entstehen
- 1935 SSA (Der Versuch, eine Krankenversicherung einzuschließen, wurde aufgegeben, weil absehbar war, dass Gewerkschaften und AMA dann den gesamten SSA zu Fall bringen würden.)
- Ein 2. Versuch 1939 (Wagner – Bill) scheitert

Die 1940 und 1950er Jahre

- 1941 – Lohnkonkurrenz um Arbeitskräfte wird verboten
- H. Sigerist gewinnt Einfluss; zwei seiner Schüler, M. Roemer und M.Terris, werden später in der American Public Health Association die medizinische Sektion aufbauen, die die AMA schwächen wird
- 1943 Wagner-Murray-Dingell Bill einer allgemeinen Krankenversicherung scheitert 14 x
- 1946 Hill-Burton Act unterstützt für Armeeangehörige (the veteran adminsitration) die Ausweitung der Krankenhausversorgung, medizinische Forschung und Impfungen
- Truman tritt für eine allgemeine Krankenversicherungspflicht ein

Die 1940 und 1950er Jahre Folgen des Scheiterns:

- **Ideologisierung des Themas**, unter Mc Carthy gelingt es der AMA erneut, die Aktivisten einer Krankenversicherung als kommunistische Verschwörer mit der Folge von Berufsverboten zu denunzieren.
- **Zugangsbeschränkungen zur Medizin** (versichert ist nur, wer sich eine Krankenversicherung kaufen kann oder eine solche vom Arbeitgeber hat; Arme, Kinder, Arbeitslose, chronisch Kranke und Behinderte sowie Rentner und bestimme ethnische Gruppen sind regelmäßig ohne Versicherung)
- **Arbeitgeber sind die wichtigsten Kunden** der Versicherungen, (the employer paid health insurance senkt für Arbeitgeber die Steuerpflicht)
- **Veränderung der Machtverhältnisse zwischen den Interessengruppen** (Umsatzbegrenzung für Ärzte und Krankenhäuser, Einfluss der AMA und der Gewerkschaften sinkt, Rentnerorganisationen gewinnen an Einfluss)
- **Strategiewechsel** bei den Befürwortern einer Krankenversicherung

Die 1960er Jahre

- Präsident Johnson unterstützt eine Versicherung für Sozialhilfeempfänger (*Medicaid*) und für Renter (*Medicare*)
- Da sich für beide Gruppen die Gewerkschaften nicht interes-

sierten, stand die AMA ohne „alte“ Verbündete da und ist nun kompromissbereit. Sie gibt den Widerstand gegen eine Krankenversicherung für Rentner und für Sozialhilfeempfänger auf. Gegenleistung: Fortbestand der Einzelleistungsvergütung und der Extravergütung der ärztlichen Leistungen in Krankenhäusern.
- Ende des Berufsverbots für die Unterstützer einer Krankenversicherung
- 1965 Novellierung des SSA durch einen 3 Stufen Plan: *comprehensive health insurance („Part A”), government subsidized voluntary physician insurance („Part B”)* und *Medicaid Act*

Aspekte

- Arbeitgeber zahlen die Versicherungsprämien, diese Zahlungen sind steuerfrei
- besonders „kleine“ Arbeitgeber sind den Versicherungen hilflos ausgeliefert
- auch steuerfinanzierte Leistungen erfolgen nach FFS und Indemnity Model
- Versicherungen betreiben Risikoselektion und differenzieren Versicherungsprodukte nach dem Preis

Die 1970er Jahre

- ***1974 HMO Act*** Nixon (Die Etablierung von non-profit- Organízations zur Versorgung der Medicaid und Medicare-Versicherten, Überwindung der Kostenerstattung)
- ***Non-Profit-HMOs*** entstehen, quasi Weiterentwicklung der ärztlichen *prepaid services,* Aufhebung des sog. purchaser-provider-splitts
- ***Indemnity Insurances*** (z. B. die Blues) bleiben zunächst mächtigste Versicherungen

Die 1980er Jahre

- steuerfinanzierte Leistungen nehmen zu, u.a. wegen der wachsenden sozialen Ineffektivität der privaten Versicherungen
- Ausbau von Medicaid und Medicare
- Kostensteuerung wird zum maßgeblichen Staatsziel
- erste Rationierungsmodelle entstehen (The Oregon Medical Case)
- beginnende Integration von Versicherung und Versorgung
- *For-Profit-Organizations* übernehmen die Arbeitsweise der *Non-Profit-HMOs* und werden deren Konkurrenten

Die 1990er Jahre

- ungelöste Probleme (Nichtversicherte, Arbeitgeber schränken Versicherungen ein, direkte Löhne sinken durch Gewinnbeteiligungen, Social Security Tax und Beitragsbemessungsgrenze steigt, Zersplitterung des Systems nimmt zu)
- Medicare und Medicaid werden zu Managed Care Versicherungen – massives Anwachsen der Unzufriedenheit
- Forderungen nach einem *single-payer-system*
- 1997 Begründung von Medicare Part C
- die Entstehung der Managed Care Industry: *The big corporatisation*
- der Bedeutungsverlust der *Indimnety Insurances*
- die strategische Schwächung der Ärzteschaft
- die Internetstory des Pharmahandels
- *CHIP (The Children Health Insurance Program)*

Ab 2000

- die Luft für *Non-Profit-Organizations MCOs* wird dünner
- erste *Integrated Delivery Systems*
- erste *Medical Saving Accounts*
- der Kampf gegen Medicare and Medicaid gewinnt an Schärfe
- die AMA auf Kurswechsel in Richtung NHS
- Entstehung von Prepaid Services durch Ärzten und Patienten
- 2005 erste umfassende Studien zur Privatinsolvenz wegen (chapter 7) medizinischer Versorgungskosten (häufigster Grund für Privatinsolvenzen in den USA)

Etwa die Gegenwart

- < 3500 Krankenversicherungen mit rasch sinkender Tendenz
- davon 1000 Indemnity Health Plans mit < 20 % Marktanteil
- 500 HMOs
- 1000 PPOs
- 1500 weitere MCOs + Subunternehmen
- also: gewaltige Konzentrationsprozesse

Medical Saving Accounts ein Modell aus Singapur für die USA?

- 10 % der Bevölkerung verbrauchen 72 % der Ressourcen
- Jene 20 % der Bevölkerung, die keine medizinische Leistungen benötigen, fallen für eine Finanzierung („cross-subsidy”) aus
- wirkt als Steuersparmodell, Effekt wird verstärkt, wenn hohe Einkommen ihre Accounts schonen und bestimmte Leistungen direkt bezahlen
- Das Budget Office des Kongresses geht davon aus, dass sich durch MSA die Medicare Kosten deutlich erhöhen würden.

Block II
Der Wandel des Versorgungssystems:

Vom niedergelassenen Arzt zu HMOs und zur Managed Care Industry, Disease management systems, Medical Benefit Management Companies und Integrated Delivery Systems (IDS)

Das klassische System

- freie Arztwahl
- Arzt leistet Hilfe gegen Geld, Preis wird vereinbart
- Arzt entscheidet über die medizinischen Maßnahmen frei
- Versicherte bekommt die Kosten ggf. ersetzt
- Infolge der Kostenerstattung (FFS) haben Krankenhäuser für ärztliche Leistungen keine Einnahme, folglich auch keine angestellten Ärzte
- Krankenversicherungen arbeiten nach dem Kasko-Prinzip
- Folge: teure und aufwändige Leistungen sind eher versichert

als simple medicine, d. h. die Spezialisten profitieren, d.h. hausärztliche Versorgung ist gegenüber der fachärztlichen unterprivilegiert, d.h. das Spezialisierungsinteresse hat dramatische Systemwirksamkeit

Die HMO –
die neue Welt nach 1974

- zunehmend angestellte Ärzte (Staff Group Models) erfüllen gemeinsam einen Leistungsvertrag, Alternative: Network Models
- Anknüpfung an die Dispensaires - Übergang zur Sachleistung
- gemeinnützige komplexe Versorgungseinrichtungen Vertraglich fest gebundene Versicherte, pauschale Entgelte
- Wegfall der (kostenpflichtigen) Anträge für die Kostenerstattung
- umfassendes Versorgungsangebot unter einem Dach (Typ: Poliklinik)
- Verpflichtung, die Versorgung und die „Versicherung" integriert anzubieten (Capitation, Übernahme aller finanziellen Risiken, die bislang bei der Versicherung gelegen haben).
- Weitergabe dieser Risiken an Nachauftragnehmer

Typische Leistungen

- Grundversorgung (simple medicine)
- Notversorgung
- präventive Behandlungen und Beratungen (defensive medicine)
- ambulante Rehabilitation (begrenzt)
- Hausbesuche (professional nurse)
- med. Hilfe für Drogenkranke (begrenzt)
- Familienberatung
- soziale Hilfen (access to subsidies)

Managed Care –
ausgewählte Aspekte

- medizinische Dienstleister werden nach ihrer Bereitschaft ausgewählt, mit den Managementsystemen der Versicherer zusammenzuarbeiten
- durchgehendes Versorgungsmanagement und vertraglich bindende Leitlinien
- vorgegebene Preise
- Verpflichtung für den Versicherten, die von der Versicherung ausgewählten Ärzte aufzusuchen

Milliman & Robertson

„We do not base our guidelines on any randomized clinical trials or other controlled studies, nor do we study outcomes before sharing the evidence of most <u>efficient</u> practices with colleagues."

Von der HMO zu Managed Care Organizations (MCOs)

- Management aller Leistungen,
- Nachauftragnehmersysteme (Group Models)
- Differenzierung in Medicaid HMO, Medicare HMO, privat finanzierte Verträge
- Hybrid Models kombinieren mehrere Organisationsformen unter einem Dach
- Entstehung der MCOs, fortlaufende Modifikation der Organisationsformen
- die MCOs sind Quelle großer Unzufriedenheit
- **der Patient ist weitgehend durch den Kunden ersetzt, womit die HMOs zum Symbol der paradigmatischen Veränderungen von medizinischer Hilfeleistung zur Vorhaltung und zum Vertrieb von Produkten geworden sind**

Managed Care Organizations - Typologie

- Health Maintenance Organization
- Independent (auch Individual) Practice Association (IPA) oder Organization (IPO)
- Preferred Provider Organization (PPO)
- Exclusive Provider Organization (EPO)
- Point-of-Service Plan (POS)
- Physician-Hospital Organization (PHO)
- Integrated Delivery System (IDS) oder Integrated Services Network (ISN)
- Accountable Health Plan (AHP)
- Provider Sponsored Organizations (PSO)
- Management Services Organization (MSO)
- Physicians Practice Management Organizations

Die wichtigsten Typen von MCOs

- Gesundheitseinrichtungen/ Versicherungen mit angestellten Ärzten
- Ärztegruppen, die gemeinsam als Vertragsnehmer gegenüber einer anderen MCO auftreten (etwa analog der Gemeinschaftspraxis)
- der Zusammenschluss von einzeln agierenden Ärzten (etwa analog zur Praxisgemeinschaft)
- regionale Ärztenetzwerke und Verbünde von Krankenhäusern und ambulanten Ärztegruppen

Managed Care

Sammelbegriff für mikroökonomische Steuerungstechniken medizinischer Versorgungsleistungen unter den Bedingungen
- der Integration von Leistungsträger und Leistungsanbieter,
- der freien, d.h. selektiven Gestaltung von Versicherungs- und Leistungsverträgen
- des Wettbewerbs der Akteure

Erläuterung I

Managed Care
folgt der in den USA gültigen Rechtsauffassung, medizinische Versorgung sei **<u>uneingeschränkt</u>** mit jeder anderen gewerblichen Tätigkeit vergleichbar. Deshalb müsse sie **<u>rechtlich zwingend</u>** der freien Marktwirtschaft unterliegen. Diese Rechtsauffassung folgt der Ideologie, soziale Sicherung zulasten der Öffentlichkeit stünde grundsätzlich im Widerspruch zum Freiheitsanspruch, sei eine Einschränkung fundamentaler Freiheitswerte und deshalb verfassungsrechtlich bedenklich.

Erläuterung II

Managed Care
heute die regelhafte Form der Absicherung von Krankheitsrisiken; dennoch spielt auch in Managed Care Organizations das FFS eine wichtige Rolle, wenn diese nicht die Option aufgeben wollen, sowohl Fee for Service als auch Managed Care Plans anzubieten

Die Managed Care Industry

integriert praktisch die gesamte Wertschöpfungskette der Gesundheitswirtschaft; diese Industrie (Corporate Transformation) wird heute weitgehend von hoch extrem einflussreichen Monopolisten beherrscht. (vergleichbar der Rüstungs- und der Ölindustrie)

Integration von mindestens drei Wertschöpfungsebenen:
- Versicherungsvertrag,
- Wertschöpfung durch die Leistung am Patienten und
- Wertschöpfung durch die Stellung als marktbeherrschendes Konglomerat (Werbung, Vertragsaquisition, Bindung von Nachauftragnehmern, Einkaufsrabatte usw.).

Beispiele aus einem offiziellen „Investigation Report"

Florida's For Profit Medicaid HMOs:

21 von 29 HMOs erreichten minimale Standards der Qualität nicht

5 HMOs verbrauchten für controlling und Gewinnentnahmen 51 – 77 % der Einnahmen aus den Medicaid-Verträgen

Eine große Zahl dieser HMOs haben CEOs, die zuvor die IMC leiteten. Eine HMO musste in einem Betrugsverfahren 200 Mill. $ Strafe zahlen, u. a. weil der CEO über die IMC an Jeb Bush 75000$ Bestechungsgeld zahlte, eine Strafverfolgung gelang nicht, weil der IMC Chef nach Spanien fliehen konnte, von wo er nicht ausgeliefert werden kann (Im Übrigen: die Verquickung der Bush-Familie mit der Managed Care Industry sind ähnlich eng wie zur Ölindustrie, prominentestes Beispiel sind die Verbindungen über den republikanischen Senator Fries, analog der Einfluss auf die FDA)

Gutman, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses in Florida wurde von einer HMO mit 500000$ bestochen, um (erfolgreich) ein Gesetz zur Kontrolle der HMOs zu verhindern. Das Geld reinvestierte er in eine Medicaid-HMO.

Medical Benefit Management Companies (MBMC)

MBMCs sind oft Gründungen von MCOs (Interesse: Delegierung von Haftungsproblemen infolge strategischer Qualitätsabsenkung, verdeckte Marketingunternehmen) oder von Pharmaunternehmen

wichtigstes Handelsprodukt der MBMCs sind die **Disease Management Programs (DMP)**

Entstehung der MBMC ist eine Folge des Aufkaufs der Internetapotheken durch die Pharmaindustrie, durch Versorgunger (Wal Mart) und durch Versicherungskonzerne

Veränderungen durch Managed Care

- (zunächst) Abbau von Wartelisten
- Standardisierung von Produkten (evidence based practice, guidelines)
- defensive Medicine / Screening
- Risikoselektion
- Abnahme der stationären Verweildauer, weniger Aufnahmen
- Qualitätsverbesserung durch Fallselektion,
- Leistungsausschluss und Profilbildung (für wirtschaftlich interessante Fälle)
- Steuerung von Versorgungsprozessen, Optimierung der Verwertung von Qualifikationen
- Anbieterselektion und Spezialisierung
- Gatekeeper and Coordinator

Das neue System

- Verlust der freien Arztwahl
- der angestellte Arzt: Akteur im Unternehmensauftrag und gegenüber dem Unternehmen verantwortlich
- das Ende der Therapiefreiheit
- schwarze Listen
- credentialing
- der industrialisierte Versorger
- Qualitätsabsenkung durch Privatisierung
- Einführung von Pflichtversicherungen für Arbeitnehmer in Kalifornien und Maine

„The doctor backlash"

obwohl Managed Competition von vielen Ärzten unterstützt wurde, wurden sie die Verlierer, weil sie Autonomie einbüssten und massive Einkommens- und Vermögensverluste hinnehmen mussten

wichtigste Ursache: die Ärzte erkannten nicht, dass die Patienten keine Kunden sind

Block III
Der Wandel der Profession:

Die Steuerung medizinischer Leistungserbringung zwischen Markt und Staat

Motive der Steuerung

MCOs: wallet biopsy: sarkastisch-scherzhafter Begriff für die Prüfung des „Kunden" vor der Behandlung

Arbeitgeber: Druck auf die Beschäftigten, sich zu den von den Arbeitgebern gesetzten Bedingungen zu versichern, massiver Druck auf die Versicherten ggf. ihren Health Plan zu wechseln, **Arbeitgeber und nicht die Arbeitnehmer wurden zu Kunden der HMOs**

Steuerungsziele

- im non-profit-managed care: **Anpassung der Ausgaben an die Einnahmen**
- im for-profit-managed care: Anpassung der Ausgaben an die Gewinnvorgaben

Das Steuerungsdilemma in der Medizin

- der Zusammenhang von Preis und Menge
- der Widerspruch zwischen Effizienz und Effektivität

- Spezialisierungs- und Integrationszwang
- Verteilung begrenzter Ressourcen
- die soziale Asymmetrie des Bedarfs

Die Gesundheitsökonomie zum Wettbewerb im Falle der medizinischen Versorgung
(Herder-Dorneich (1994); Gesundheitsökonomische Theorie des Gesundhheitswesens)

- **Uno-actu-Prinzip** (Leistungserbringung und -nachfrage fallen zusammen; der Patient kann keine Kaufentscheidung treffen)
- **Roemer's Law** (Bedarfsentscheidung und -befriedigung liegen in einer Hand)
- **Marktwirtschaftlicher Gesundheitssysteme sind sozial Ineffektivität** (sozialspezifische Unterversorgungen **oder** steuerfinanzierte Zusatzsysteme)
- **Marktwirtschaftlicher Gesundheitsversorgung sind ineffizient**
- **Marktwirtschaftliche Gesundheitsversorgung ist betriebswirtschaftlich hoch effizient** (extrem bürokratische Steuerungs-, Regelungs- und Kontrollsysteme)
- **der marktypische Kundenbegriff ist nicht auf den Patienten zu übertragen** (Kunde / Käufer und Patient sind verschiedene Akteure)
- **Produktdefinitionen müssten den klassischen Hilfebegriff ersetzen** (Märkte verlangen die Definition und Preisfindung für normierbare Produkte)

Die 6 Übel nach Enthoven und das „managed (regulated) competition" (1979)

1. freie Arztwahl
2. die freie ärztliche Entscheidung bei der Therapiewahl
3. der Einfluss des Arztes auf die Kosten
4. die Kostenerstattung
5. die Einzelpraxis
6. das Prinzip „Geld folgt der Leistung", insbesondere die retrospektive Bezahlung von Krankenhausleistungen

Die Folgen der 6 Übel nach Enthoven

1. Anreiz zur Leistungsausweitung: je mehr ich tue, desto mehr Geld
2. keine bevölkerungsbezogene Bedarfs- und Ressourcenplanung, wenig Interesse an Prävention
3. mangelnde Versorgungsintegration, fragmentierte Versorgung
4. Krankenhäuser betreiben Wettbewerb um Ärzte, die Patienten anziehen („medical arms race")
5. non-profit hospitals haben kein Interesse, Kosten zu senken, weil sie keine Profite machen dürfen
6. Einzelpraxis führt zu mangelnder Integration von Wertschöpfung
7. die Eigentümerschaft des Arztes über die Patienteninformationen verhindert die von freien Märkten geforderte umfassende Transparenz
8. ständige Kostensteigerung und zunehmende Zahl nicht Versicherter

Enthoven' managed (regulated) competition (1979): Lösungen I

- die Lösung des Problems: Wettbewerb in einem umfassend integrierten Finanzierungs- und Versorgungssystem
- diese Integration muss über die Integration von Wertschöpfung im Kapitalinteresse erfolgen, da öffentlichen und gemeinnützigen Versorger keine Gewinnanreize haben
- im Mittelpunkt des Konzepts steht das Theorem von einem umfassend informierten und kostenbewussten (eigenverantwortliche) Kunden als Alternative zum Moral Hazard

Enthoven' managed (regulated) competition (1979): Lösungen II

Integration als Zauberwort:
1. **Integration von medizinischer und finanzieller Verantwortung** (Prospective Payment Systems, Capitation und Risk Adjustment)
2. **Bevölkerungs- statt Individualmedizin** (Bedarfsplanung, Primärversorgung und Rationierung)
3. **Integrierte Versorgung** (in-patient, out-patient und home care)
4. **Integration von ambulanter und stationärer Versorgung** (mittels total capitation + Bezahlung der Ärzte aus den Krankenhauseinnahmen)
5. **Integration von Krankenhäusern in ein Gesamtsystem der Versorgung**
6. **polyspezialisierte Gruppenpraxen** 7. **Transparenz über alle Patientendaten**

Enthoven' managed (regulated) competition (1979): Lösungen III

Empfehlungen an die Politik:
- Schaffung eines politischen Klimas von Veränderungsbereitschaft unter Nutzung der Medien
- Schaffung informationeller Transparenz über Patientendaten als „the oxygen for free markets" (Einschub: Ernst & Young prognostizieren für Deutschland, dass der Datenschutz innerhalb der nächsten 10 Jahre abgeschafft wird und knowledge brocker mit diesen Daten dann frei handeln können)
- Schaffung eines motivierten Käufertyps, der die Freiheit hat, selektiv zu kaufen
- Schaffung von Anbietern, die die Freiheit haben, ihr Verhalten nur von den Marktbedingungen abhängig zu machen

Managed Competition

System ökonomischer Anreize, sich wie auf einem quasi-Markt mit vollkommenem Wettbewerb zu verhalten. Es werden Wettbewerbsregeln vorgegeben und strikt kontrolliert. Die Kontrolle wird einem sog. Sponsor übertragen. Er agiert als Agent für eine Gruppe, z. B. von Konsumenten einer Region oder von Unternehmen.
(Die neueren Varianten schließen aus, dass der Staat selbst als Sponsor auftritt. Der Staat kontrolliert jedoch die Einhaltung der gesetzten Regeln für den Wettbewerb, stellt sicher, das alle Kunden über die Informationen verfügen, die für souveräne Kundenentscheidungen erforderlich sind und versucht Risikoselektion zu verhindern.)

Die Regeln des Managed Competition

- Grundversicherungsgarantie für alle
- freie Auswahl der Leistungsanbieter durch die Versicherungsträger (MCO) oder durch den Staat (National Health Service)
- Überwachung der Versorgungsqualität und -quantität zur Verhinderung der marktbedingten Qualitätsabsenkung und von Unterversorgung
- ständige experimentelle Suche nach neuen Vergütungsformen
- das Recht der Versicherten, den Versicherungsträger zu wechseln
- Anreizsysteme für die Vermeidung von Inanspruchnahme
- Diskriminierungsverbot für Versicherungsträger
- Zentraler Beitragseinzug (single payer system), Verteilung der Mittel entsprechend Risikoprofil der Versicherten an die MCOs (der Risikoausgleich soll der Theorie nach garantieren, dass Wettbewerb nur über den Preis, die Qualität und den Umfang der Leistungen stattfindet)
- die jährliche Neueinschreibung der Versicherten

Managed Competition: Wie soll Risikoselektion vermieden werden?

- unabhängige Kontrollstelle für die Überprüfung des Kontrahierungsverhaltens der HMOs
- standardisierte und lizenzierte Vertragstypen
- vereinbarte Gewährleistungen
- risikoausgleichende Finanzierungsmodelle
- Verbot des Versicherungsausschlusses für Personen mit Vorerkrankungen
- Verbraucherschutz

Steuerungstechniken - utilization management techniques

- umfassendes System von Genehmigungsverfahren und Überprüfungen geplanter medizinischer Interventionen, Übertragung ärztlicher Leistungen an professional nurses, Depersonalisierung von Leistungen (Telephone Support Systems).
- Standardisierung von fallbezogenen Versicherungsprodukten und hierauf abgestimmte Leistungsverträgen
- interne und externe, z. T. online basierte utilization review techniques (Professional Review Organizations)
- Inanspruchnahme- und Leistungsprotokolle, z.B. Appropriateness Evaluation Protocol, Drug Utilization Evaluation (siehe Verbindung zum Disease Management), Pre-Admission Review, Pre-Admission Certification, Pre-Certification, Pre- Authorization, Pre-estimate of Cost, Pre-treatment estimate, Prior Authorization, Triage Programs

Perspektiven

- Managed Care verändert sich
- Kongress schätzt 2004, dass ein single payer system 225 Milliarden Doller sparen und das Problem der Nichtversicherung abschaffen würde
- Wettbewerb führt zu Ausgabensteigerung, zu hoher mikroökonomischer Effizienz und geringer Effektivität
- wachsende Steuerfinanzierungen (derzeit etwa 50 %) fortschreitende Destabilisierung und Unterfinanzierung

Die häufigsten Forderungen der US-Bürger an die Krankenversorgung (Gallup)

- freier Zugang zu medizinischer Hilfe für alle
- freie Arztwahl
- Qualitätsverbesserung
- Bezahlbarkeit
- Vertrauen und Respekt

Buchbesprechung

Die Thalidomid-(Contergan-)Tragödie

Ein Rückblick

Sjöström, H., und Nilsson, R., Thalidomide and the Power of the Drug Companies, A Penguin Special, Penguin Books Ltd., Harmondsworth, Middlesex, England. 1972. 281 S.

Dieser Penguinband ermöglicht dem Leser nach 15 Jahren einen Rückblick auf die Contergan-Katastrophe, die sich 1957 anbahnte. In diesem Jahre führte Chemie Grünenthal ihr neues Sedativum auf dem westdeutschen Markt mit 50 Anzeigen In Fachzeitschriften, 200 000 Arztbriefen und 50 000 Zirkularen an Ärzte und Apotheker ein. Bald darauf wurde die Substanz auch international verbreitet und mit den verschiedensten anderen Mitteln kombiniert, wie Aspirin, Phenazetin, Chinin, Aminophenazon, Bacitracin, Dihydrostreptomycin und Secobarbital. In der Bundesrepublik gab es Kombinationen wie Algosediv, Enterosediv, Grippex, Prednisediv, Noctosediv, Polygrippan und Peracon-Expectorans. In England, Australien und Neuseeland hieß die Reinsubstanz Distaval, in Finnland und anderen Ländern Softenon, in Kanada Talimol oder Kevadon und in Schweden Neurosedyn. Auch hier gab es mehrfache Kombinationen.

In der Bundesrepublik unterlagen Contergan und seine vielen Kombinationen nicht der Rezeptpflicht und konnten daher über den Ladentisch verkauft werden, in England und in Schweden jedoch nicht. Gegen Ende 1957 wurde die Werbung von Grünenthal besondere intensiv, und sie arbeitete insbesondere mit der Betonung des Fehlens jeder toxischen Wirkung. Ein Zirkular vom 28. Mai 1958 hob dies besonders hervor und sagte, daß eine Kontrolle des Verbrauchs durch den Arzt nicht notwendig sei. Im Frühjahr 1959 betonte ein Rundschreiben, daß die Substanz so atoxisch sei, daß sie sogar Neugeborenen und Kleinkindern gegeben werden könne. Auch Überdosierung und Langzeitanwendung führe nicht zu unerwünschten Nebenwirkungen. In einem an 40 000 Ärzte (1. August 1958) vorteilten Brief wird Contergan als das beste Mittel für Schwangere und stillende Mütter bezeichnet, „das weder Mutter noch Kind schädige". Soviel über die Werbung von Grünenthal.

Erste Berichte über Nebenwirkungen erschienen seit 1959. Prof. Schmalz In Frankfurt berichtete an Grünenthal, er habe bei einem älteren Patienten nach Contergan Gleichgewichtsstörungen und Schwindel beobachtet. Grünenthal antwortete, dies sei das erste Mal, daß solche Nebenwirkungen beobachtet worden seien. In Wirklichkeit hatten aber schon vorher Prof. Kloos und andere ähnliche Beobachtungen berichtet. Am 27. August 1959 kam ein Bericht aus Basel, daß 20 wohlbekannte Baseler Ärzte nach einer Tablette Contergan forte schwere Nebenwirkungen bei ihren Kranken beobachtet hätten, wie schwerste Müdigkeit und Händezittern. Der Direktor der 2. Inneren Abteilung des Baseler Bürgerspitals, Prof. Ludwig, habe geäußert: „Einmal und nicht wieder. Dies ist ein schreckliches Mittel." Trotzdem war die Mehrzahl der Berichte positiv, und bei Grünenthal wurde daher den negativen Berichten wenig Glauben geschenkt.

Polyneuritis. Am 3. Oktober 1959 schrieb der Neurologe Dr. Voss in Düsseldorf, daß er einen Fall von Polyneuritis nach Contergan beobachtet habe und fragte bei Grünenthal an, ob dies auch anderweit beobachtet worden sei. Er wurde negativ beschieden, obwohl 1956 Dr. Placenza einen solchen Fall beschrieben hatte. Auch hatte am 26. August 1958 Dr. Kreideweiss Gehstörungen nach Contergan beobachtet, und ähnliche Fälle wurden im Juli, August und Oktober 1959 berichtet. Im Frühjahr 1960 traf eine ganze Welle von Polyneuritisberichten bei Grünenthal ein, aber am 14. April 1960 wies der maßgebende Direktor der Firma, Dr. Mückter, darauf hin, daß trotz solcher Berichte alles getan werden müsse, um die Rezeptpflicht zu vermeiden, da ein erheblicher Teil des Umsatzes von Direktverkäufen herrühre.

Bis Ende 1960 besaß Grünenthal 1600 Berichte über verschiedene Nebenwirkungen, von denen 100 Fälle schwere Polyneuritis waren. In England hatte die Lizenzfirma (Distillers) 7 solcher Fälle beobachtet und dies mit einer Warnung an 20 000 Ärzte berichtet. Grünenthal dagegen ignorierte nach wie vor all diese Berichte. Ärzte wie Dr. Raffauf und Prof. Laubenthal in Essen oder Dr. Frenkel in Königstein, die ihre Beobachtungen in Fachzeitschriften zu veröffentlichen suchten, hatten Schwierigkeiten. Der Herausgeber der Medizinischen Welt sandte einen Aufsatz von Dr. Frenkel zunächst an Grünenthal, aber bekundete später vor Gericht, daß er sich nicht durch Grünenthal habe beeinflussen lassen. Die Deutsche Medizinische Wochenschrift verzögerte die Veröffentlichung eines Aufsatzes von Dr. Raffauf um drei Monate bis April 1961 (wie aus einem Bericht des Dr. Michael von Grünenthal hervorgeht), damit er nicht vor dem Internistenkongreß erscheine. Noch im April 1961 betonten die Vertreter Grünenthals, Dr. Oswald und Nowel, gegenüber den Gesundheitsbehörden in Bonn, daß Contergan so gut wie atoxisch sei und daß Nebenwirkungen praktisch niemals vorgekommen seien.

Trotzdem nahm die Zahl der Fälle von Nervenschädigungen rapide zu und überschritt im September 1961 die Zahl 2400. Am 1. August 1961 war endlich die Rezeptpflicht in Nordrhein-Westfalen, Hessen und Württemberg eingeführt worden, und am 16. August 1961 beschäf-

tigte sich der „Spiegel“ erstmals mit Contergan. Trotzdem erklärte Dr. Mückter in einer internen Sitzung in Stolberg am 31. August 1961: „Bis jetzt ist Contergan die beste Schlaftablette der Welt.“

Die Contergan-Babys. Im Oktober 1960 beobachteten Dr. Kosenow und Dr. Pfeiffer zwei außerordentlich deformierte Kinder, die sie auf einer Sitzung von Kinderärzten in Kassel demonstrierten. Während des Jahres 1961 wurden in der Bundesrepublik mehr Fälle von Phokomelie entdeckt, so von Lenz in Hamburg, Welcker in Bonn und Wiedemann in Kiel. Noch Anfang November 1961 konnte kein Arzneimitteleinfluß als Ursache der Phokomelie gefunden werden. Dann fiel der Verdacht von Dr. Lenz auf Contergan, und sehr bald bestätigte er sich, nachdem die Mütter der deformierten Kinder befragt worden waren. Dr. Lenz setzte sich sofort mit Grünenthal in Verbindung und regte die Zurückziehung der Substanz aus dem Markt an, hatte aber damit keinen Erfolg. Er gab Grünenthal detaillierte Kenntnis seiner Fälle, aber noch am gleichen Tag sandte Grünenthal 67 000 Briefe zur Unterstützung von Contergan aus, in denen es hieß: „Contergan ist unschädlich.“ Inzwischen kam die Nachricht aus Australien, daß auch dort Phokomelie nach Contergan (Distaval) beobachtet worden war. Am 26. November 1961 nahm sich die „Welt am Sonntag“ der Angelegenheit an. Einen Tag später wurden Contergan und alle anderen conterganhaltigen Mittel aus dem Markt gezogen. Trotzdem versuchte die Firme Grünenthal noch längere Zeit, die Resultate von Dr. Lenz zu diskreditieren.

Thalidomid in den Vereinigten Staaten. Die amerikanischen Agenten von Grünenthal, Richardson-Merrell Inc., reichten ihr Gesuch um Zulassung des Präparates am 13. September 1960 der amerikanischen Behörde (FDA) ein. Sie waren aber nicht fähig, die Behörde von der Unschädlichkeit der Substanz zu überzeugen. Die Sachbearbeiterin, Dr. Kelsey, hatte Verdacht geschöpft, da die Distillers Co., die englischen Agenten für Contergan, in ihren Beipackzetteln eine Warnung vor Polyneuritis veröffentlicht hatten. Auch hatte sie einen Aufsatz von L. Florence im Brit. med. J. 1961. 1.291 gelesen, der über periphere Neuritis nach Contergan berichtete. Sie verlangte daher zusätzliche Untersuchungen über die Unschädlichkeit der Substanz. Sie hatte auch von anderer Seite Mitteilung über Nervenschäden erhalten, und sie erwähnte dies in einem Schreiben am 5. Mai 1961. Richardson-Merrell versuchten nun, Dr. Kelsey unter Druck zu setzen auf dem Umweg über den Chef der FDA, Mr. Larrick, und den Medical Director, W. H. Hessenich. Aber auch dies half nichts. Die FDA-Beamten waren nicht überzeugt, daß die Thalidomid-Neuritis reversibel war. Schließlich, am 30. November 1961, informierte die Firma die FDA, daß die Substanz wegen des Verdachts der Verursachung von Phokomelie in der Bundesrepublik zurückgezogen worden war. Am 8. März 1962 zogen Richardson-Merrell ihr Zulassungsgesuch zurück. Dies war das Ende von Contergan in den Vereinigten Staaten.

In Schweden und in Kanada war die Entwicklung etwas anders. Die Grünenthal-Agenten In Schweden, Astra Co., hatten die Substanz unter den Namen Neurosedyn und Noxidyn in den Handel gebracht. Am 27. November 1961 berichteten zwei Tageszeitungen in Stockholm, daß Contergan vom Markt in der Bundesrepublik zurückgezogen worden sei. Ein recht unauffälliger Warnungsbrief wurde an die schwedischen Ärzte gesandt, der dementsprechend kaum Beachtung fand. Noch am 7. Dezember 1961 hielt der Vertreter der schwedischen Gesundheitsbehörde, Dr. Ake Liljestrand, die Zurückziehung der Substanz für „zu drastisch“. Dennoch wurde sie am 12. Januar 1962 aus dem Markt genommen, aber dies wurde erst am 21. Februar 1962 (!) bekanntgegeben. Selbst dann noch sah der Direktor der schwedischen Gesundheitsbehörde den Verdacht schädlicher Nebenwirkungen als unbestätigt an, und Astra behauptete, die Tragödie sei unerwartet und unvorhersehbar gewesen. Bis Juli 1963 waren 153 geschädigte Kinder in Schweden zur Welt gekommen, und 66 von ihnen waren gestorben.

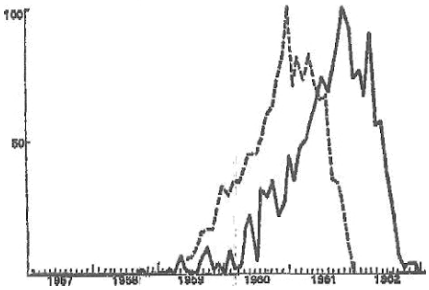
In Kanada wurde Thalidomid vom 11. Oktober 1961 an als Talimol und vom 12. Dezember 1961 an als Kevadon zugelassen. Aber schon am 29. November 1961, 5. Dezember 1961 und 21. Februar 1962 wurden Briefe an Ärzte ausgesandt, die vor dem Gebrauch der Substanz in der Schwangerschaft warnten. Als dann am 23. Februar 1962 das amerikanische Magazin „Time“ die von Lenz gefundenen Mißbildungen von Kindern veröffentlichte, antwortete kanadische Behörde durch Dr. Morrell, die Verbindung zwischen den Mißbildungen und Contergan sei „nur statistisch“. Erst am 2. März 1962 verlangte Dr. Morrell die Zurückziehung der Substanz, aber diese Maßnahme wurde nicht überwacht, so daß noch nach sechs Wochen Contergan in vielen Apotheken in Kanada verkauft wurde. Dementsprechend kamen für geraume Zeit noch immer Kinder mit Mißbildungen zur Welt.

Der Prozeß gegen Grünenthal in Alsdorf wird in allen Einzelheiten von Sjöström und Nilsson geschildert. Da unsere Leser sich an diesen langen Prozeß großenteils erinnern werden, wollen wir nur wenige Punkte hervorheben.

Die sehr geschickte und energische Verteidigung bestritt vor allem den Kausalzusammenhang von Contergangebrauch und Polyneuritis sowie von Contergangebrauch in den ersten Schwangerschaftsmonaten und Phokomelie. Sie ließ mehrere Sachverständige, so den Pharmakogen Prof. Klimmer, Bonn, Prof. Sagher aus Jerusalem und Prof. Löffler aus Zürich auftreten, die den ursächlichen Zusammenhang als nicht bewiesen ansahen. Sie wurden aber durch eine große Anzahl angesehener Wissenschaftler widerlegt. Später zog sich die Verteidigung auf die Stellung zurück, daß Contergan nicht als Ursache der Nervenschäden ausgeschlossen

werden könne, daß aber der juristische Beweis fehle. Sie führte zu diesem Zweck den Nobelpreisträger Prof. Chain aus England ins Feld. Dieser mußte zugeben, daß er niemals ein Experiment mit Contergan ausgeführt und daß er keine klinische Erfahrung mit toxischer Polyneuritis habe. Auf die Frage, ob es diabetische Polyneuritis gebe, antwortete Chain: „Nein, eine direkte ursächliche Beziehung besteht nicht." (!) Später gab er zu, daß gewisse „Anzeichen" für einen Zusammenhang beständen. „Ob die Polyneuritis nach Diphtherie oder nach Thallium klinisch bewiesen sei?" Auch hier antwortete Chain: „Nein."

Ähnliche Kämpfe wurden um den ursächlichen Zusammenhang der Mißbildungen mit dem Thalidomid geführt. Wir beschränken uns jedoch hier auf die Wiedergabe der Kurven des Thalidomidumsatzes und der Mißbildungen zwischen 1953 und 1962.



Verhältnis zwischen der Zahl der Mißbildungen vom Contergantyp (—) – Oktober 1961 = 100 – und dem Contergan-Umsatz in der Bundesrepublik ohne Hamburg (...) – 1961 = 100.

Das Ende des Prozesses. Wie bekannt, wurde das Verfahren nach sechsjähriger Voruntersuchung und 2½jähriger Dauer der Gerichtsverhandlung eingestellt, aber nicht wegen eines etwa zu erwartenden Freispruchs der Angeklagten. Sowohl der Gerichtshof wie die Staatsanwaltschaft haben ihre Schlußfolgerungen niedergelegt. Das Gericht hält den Zusammenhang der Nervenschädigungen und der kindlichen Mißbildungen mit Contergan für ohne jeden Zweifel erwiesen. Es stellte auch fest, daß im Laufe des Jahres 1961 Grünenthal selbst von den Nervenschädigungen überzeugt war. Das Zeugnis von Prof. Chain wurde von dem Gericht ausdrücklich abgelehnt.

Das Gericht stellte fest, daß die Unterlassung entsprechender Maßnahmen durch die Firma nach Bekanntwerden der Nervenschädigung ein wohlerwogenes Risiko darstelle. Das Verhalten von Grünenthal entspreche nicht den Anforderungen, die an einen gewissenhaften Pharmaproduzenten gestellt werden müßten. Die Verstöße gegen das Gesetz hinsichtlich der Nervenschädigungen, die leicht vorhersehbar waren, seien erheblich gewesen.

Das Gericht war der Meinung, daß die Fortsetzung des Prozesses, der sich (in der Berufungsinstanz) noch Jahre hinziehen könne, nicht im Interesse der Öffentlichkeit liege. Die ernsten Probleme der Arzneikontrolle lagen bei den gesetzgebenden Körperschaften in Bonn.

Ernste Folgerungen. Dieses schreckliche Unglück, das nicht nur die Bundesrepublik, sondern viele andere Länder betroffen hat, sollte von keinem Arzt vergessen werden. Wir mögen uns darüber hinwegsetzen, daß die Urheber des Unglücks, die Mitglieder der Geschäftsleitung, ohne Strafurteil davongekommen sind. Sie haben trotzdem durch die Ereignisse des Prozesses, durch die hohen Verteidigungskosten und die Entschädigungszahlungen erheblich leiden müssen, mit Fug und Recht. Sie haben, dem Geld zuliebe, Nebenwirkungen, die Ihnen bekannt wurden, lange Zeit ignoriert oder bagatellisiert und dadurch viele Menschen schweren Leiden ausgesetzt, die durch eine sofortige Zurückziehung des Thalidomids aus dem Handel hätten vermieden werden können. Ob dies in vollem Maß auch für die Mißbildungen zutrifft, ist nicht ganz sicher. Denn Ende der 50er Jahre war die Kenntnis, daß gewisse Arzneimittel in utero teratogene Veränderungen verursachen können, noch nicht weit verbreitet. Immerhin hat Professor D. G. Steyn ausgeführt, daß er schon 1954 eine Warnung veröffentlicht habe, schwangeren Frauen Arzneimittel zu geben. Besonders die ersten drei Monate der Schwangerschaft seien gefährlich, und jede pharmazeutische Firma habe schon längst über die möglichen Gefahren von Arzneimitteln für Schwangere und Fötus informiert sein müssen.

Ist das Conterganunglück einmalig gewesen? Wir haben in der Folgezeit genügend Beispiele erlebt, die zu dauernder Vorsicht mahnen: Die Menocil-Affäre ist noch frisch in unserem Gedächtnis. Wir erinnern uns ferner, wenn auch ungern, der massiven Reklame für das manchmal lebensgefährliche Chloramphenicol, die jetzt, nach einem konzentrischen Angriff auf die Hersteller, fast vom Tisch gefegt worden ist — es hat aber Zeit und eine ganze Menge Energie gekostet. In Wirklichkeit sind all dies Falle von irreführender Werbung, vom Contergan angefangen. Wir brauchen nur an Phenazetin zu denken: Es ist erwiesen, daß diese Substanz die Ursache oder eine Hauptursache der Phenazetinniere ist. Ein großer Teil der Hersteller phenazetinhaltiger Analgetika hat es jetzt durch andere Substanzen ersetzt. Ein anderer Teil kämpft nach wie vor gegen die Einführung der Rezeptpflicht, weil das Mittel „ bei bestimmungsgemäßem" Gebrauch unschädlich sei. Bestimmungsgemäßer Gebrauch?? Wer dauernd Schmerzen hat, kehrt sich nicht an die Gebrauchsanweisung und bekommt schließlich seine Phenazetinniere. Warum kann die Behörde nicht durch Einführung der Rezeptpflicht erzwingen, daß die Kranken das Mittel nur durch den Arzt bekommen? Die Firma Thomae hat nichts zur Besserung dieses Zustandes beigetragen, indem sie außer Thomapyrin mit Phenazetin auch solches ohne Phenazetin produziert. Erwähnt ihre Werbung die schweren Schäden der Überdosierung? Von hier aus ist es nicht weit zu den etwas harmloseren Formen der irreführenden Werbung, von der auch die großen Firmen keineswegs frei sind. Warum muß z. B. Bayer sein Ampicillin Binotal in der Roten Liste mit einer komplizierten chemischen Strukturbezeichnung versehen, anstatt es einfach in

Klammem als Ampicillin zu bezeichnen, das jeder Arzt kennt? Und Hoechst hätte sein orales Antidiabetikum Euglucon in einer Weise einführen können, die die anfänglichen Unglücksfälle vermieden hätte.

Wir sind es auch längst satt, in seitenlangen Anzeigen zu lesen von „optimaler Blutversorgung“ oder „jetzt auch kreislaufaktiv“ oder „löst schmerzhafte Konflikte im Galle- und Darmbereich“. Wir wollen keine solchen sinnlosen Trompetenstöße, sondern objektive Information: Welcher Art ist die Substanz? Was sind ihre Wirkungen? Und was sind Ihre Nebenwirkungen bei der vorgeschlagenen Dosierung? Unsere Hauptaufgabe ist es, auf die Nebenwirkungen zu achten, besonders wenn mehrere wirksame Arzneimittel zu gleicher Zeit gegeben werden. Wir dürfen niemals vergessen, daß jedes Mittel Nebenwirkungen haben kann und daß wir bei der Verordnung die möglichen Schäden durch Nebenwirkungen gegen den Nutzen des Mittels abwägen müssen. Besondere Zurückhaltung ist bei allen neuen Mitteln geboten, da seltene Nebenwirkungen oft erst nach längerer Zelt erkennbar werden. Sofortige Meldung jeder solchen Beobachtung an die zentrale Stelle ist unbedingt erforderlich. Niemals wieder darf es vorkommen, daß Nebenwirkungen vergessen oder bagatellisiert werden, Und, vor allem, die Unschädlichkeit und Wirksamkeit des Mittels muß nachprüfbar nachgewiesen sein. Dann werden uns vielleicht weitere Arzneimitteltragödien erspart bleiben.

(Aus dem Arzneimittelbrief, Nr. 7/1973, S. 43—46. Wir danken dem Arzneimittelbrief für die Genehmigung zum Abdruck.)

Presseerklärung des vdää zur Vorstandswahl

Medizinische Leistungen dürfen keine Waren sein

Die diesjährige Hauptversammlung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte fand vom 16. bis 18.11. in Gelnhausen statt. Der Verein beschloss, den Schwerpunkt seiner Arbeit auf die Auseinandersetzung um die weitere Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu legen.

verein demokratischer ärztinnen und ärzte

Medizinische Leistungen dürfen keine Waren sein. „Die letzten Gesundheitsreformen öffnen den freien Markt im Gesundheitswesen“, betonte der neu gewählte stellvertretende Vorsitzende Dr. Bernhard Winter, Frankfurt/M. „Marktwirtschaft im Gesundheitswesen fördert die Zwei-Klassen-Medizin“.

Nach einer lebhaften Diskussion mit Dr. Gerd Zimmermann, dem 2. Vorsitzenden der KV Hessen, und dem Pharmakologen Prof. Schönhöfer aus Bremen bestätigte der Verein seine pharmakritische Haltung. Der Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die ärztliche Fortbildung sollte zugunsten objektiver Information zurückgedrängt werden. Es müssen Möglichkeiten zu unabhängigen, von neutralen Institutionen durchgeführten klinischen Studien zur Sicherheit bereits zugelassener Arzneimittel geschaffen werden. Die Industrie ist daran finanziell zu beteiligen.

Bei dem Panel zur Zukunft der ambulanten Medizin stellte Dr. Reiner Possert das Sozialmedizinische Zentrum Graz/Liebenau vor, in dem eine sozialmedizinisch vorbildliche Versorgung besonders der Mensche aus unteren Schichten geleistet wird, und Dr. Gerhard Zimmermann referierte über die Möglichkeiten und Gefahren der neuen MVZ-Strukturen in Zukunft. Auch wenn diese für große Konzerne die Möglichkeit darstellen, in die ambulante Versorgung vorzudringen und diese nach Profitgesichtspunkten umzustrukturieren, lassen sich die neuen Strukturen prinzipiell auch dafür nutzen, Medizin nach dem Grazer Modell zu machen, so der stellvertretende KV-Vorsitzende.

Der Verein sieht in der geplanten Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte mit zentraler Speicherung sensibler Daten eine Gefährdung der informellen Selbstbestimmung der Versicherten. Das Arzt-Patient-Verhältnis wird belastet, Datenmissbrauch wird ermöglicht, während ein medizinischer Nutzen nicht erkennbar ist. Der Verein wird sich, entsprechend des Beschlusses des Deutschen Ärztetages, an Kampagnen gegen die Einführung der E-Card beteiligen.

Prof. Dr. Wulf Dietrich, München und Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser, ebenfalls München, wurden als erster Vorsitzender bzw. als Stellvertreter in ihrem Amt wieder gewählt.

21. November 2007

Prof. Wulf Dietrich
Vorsitzender des vdää

Presseerklärung des vdää zur Ausschreibung der AOK

Der Ausverkauf beginnt

Der vdää sieht eine Gefährdung der Patientenversorgung durch die Ausschreibung der hausärztlichen Versorgung der AOK Baden-Württemberg. Hiermit soll die hausärztliche Versorgung für eine Krankenkasse aus der allgemeinen medizinischen Versorgung ausgegliedert werden. Sollte dieses Beispiel Schule machen, so wird es zu einer Zersplitterung der medizinischen Versorgung mit unvorhersehbaren Folgen für die Qualität der Versorgung kommen.

Ende November hat die AOK Baden-Württemberg die hausärztliche Versorgung für das gesamte Bundesland ausgeschrieben. Nach § 73b SGB V sind die Kassen angehalten, besondere Programme für die hausärztliche Versorgung anzubieten. Diese Programme müssen nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert und abgerechnet werden. Neu an diesem Vertrag ist die Dimension der Ausschreibung. Mindestens 3000 Hausärzte müssen sich, so die Anforderung der AOK daran beteiligen. Um diesen Auftrag bewerben sich der Ärzteverband Medi sowie der Hausarztverband. Außerdem bewerben sich die die KVen in Bayern und Baden-Württemberg sowie 14 weitere KVen als Dienstleister für diesen Auftrag.

Mit diesem Vorstoß der AOK soll das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die ambulante Versorgung der gesetzlich Versicherten gebrochen werden. Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte verteidigt nicht die Monopolstellung der KVen, doch muss geklärt werden, wer an deren Stelle die ambulante Versorgung der Versicherten garantieren wird. Das ist aber mit dem neuen Vertrag der AOK nicht geklärt. Stattdessen findet ein Ausverkauf der medizinischen Versorgung statt, es entsteht ein Flickenteppich in der Versorgungsstruktur. Da die Mittel zur Finanzierung dieses Modells vom Gesamtbudget der ambulanten Versorgung abgezogen werden, werden für die Ärzte und somit auch für die Patienten, die nicht an diesem Modell beteiligt sind, weniger Mittel zur Verfügung stehen. Zukünftig wird die Art und Qualität der medizinischen Versorgung abhängig sein von der Kassenzugehörigkeit der Patienten. Eine einheitliche Grundversorgung wird es nicht mehr geben, sondern die Kassen würden in Konkurrenz zueinander um die besten Patienten oder die „günstigsten Risiken" treten.

Das Beispiel USA zeigt, dass es falsch ist zu glauben, Markt und Konkurrenz würden die Preise in der Medizin drücken. Das Gegenteil wird der Fall sein: die doppelte Abrechnungsstruktur wird die Verwaltungskosten erhöhen, den bürokratischen Aufwand der niedergelassenen Ärzte steigern. Die Konkurrenz der Kassen wird zu einer Verschlechterung des Versorgungsniveaus führen. Es ist zu befürchten, dass noch mehr Leistungen aus der Regelversorgung ausgegliedert und den Patienten gegen Zuzahlung als Privatleistung angeboten werden. Der Medi-Verbund ist ein Vorreiter dieser Privatisierung der medizinischen Versorgung gesetzlich Versicherter.

Dieser Weg hat keinen erkennbaren Nutzen für Versicherte und Patienten. Das Angebot medizinischer Leistungen wird für die Patienten noch unübersichtlicher.

Ganz nebenbei soll mit der Ausschreibung der AOK Baden-Württemberg auch noch eine elektronische Patientenakte eingeführt werden, sie ist lt. Ausschreibungstext Voraussetzung an der Teilnahme an diesem Programm. Eine elektronische Patientenakte ist mehr als die geplante elektronische Gesundheitskarte und müsste alle medizinischen Informationen eines Patienten enthalten. Völlig ungeklärt bleibt, warum diese Daten elektronisch gespeichert werden müssen, wo sie gespeichert werden und wer Zugriff auf diese Daten haben wird. Letztendlich ist auch die Finanzierung dieses Projektes völlig unklar. Der vdää lehnt diese systematische elektronische Erfassung sensibler Patientendaten entschieden ab und sieht darin einen Angriff auf das informelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten.

Zusammengefasst protestiert der vdää auf das Schärfste gegen die geplante Ausgliederung der hausärztlichen Versorgung aus den bisherigen Versorgungsstrukturen, da diese, so Prof. Wulf Dietrich, der Vorsitzende des vdää, zu einer Zersplitterung der medizinischen Versorgung führen, eine unterschiedliche Behandlung gesetzlich Versicherter zur Folge haben, die Bürokratie erhöhen und schließlich durch die Erfassung und Speicherung einer elektronischen Patientenakte nicht hinnehmbare Kontrollmöglichkeiten hochsensibler medizinischer Daten ermöglichen werde.

17. Dezember 2007
Prof. Wulf Dietrich
Vorsitzender des vdää

Presseerklärung des vdää zum vermehrten Auftreten von Leukämie

Blutkrebs bei Kindern in der Umgebung von Kernkraftwerken gehäuft

Aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes sind sofortige Maßnahmen zwingend. Der vdää fordert die verantwortlichen Politiker auf, gemeinsam mit den Betreibern über eine schnellst mögliche Abschaltung aller Atomkraftwerke zu verhandeln.

Eine Studie von Forschern der Universität Mainz im Auftrag des Bundesamtes für Strahlenschutz unter der Leitung der Mainzer Epidemio-

login Maria Blettner sorgt für eine Debatte um die gesundheitlichen Risiken der friedlichen Nutzung der Atomenergie. Die Forscher hatten festgestellt, dass zwischen 1980 und 2003 im Umkreis von fünf Kilometern um die Reaktoren 77 Kinder an Krebs, davon 37 an Leukämie, erkrankt waren. Im statistischen Durchschnitt seien 48 Krebs- beziehungsweise 17 Leukämiefälle zu erwarten gewesen. Etwa 20 Neuerkrankungen seien also allein auf das Wohnen in diesem Umkreis zurückzuführen. „Unsere Studie hat bestätigt, dass in Deutschland ein Zusammenhang zwischen der Nähe der Wohnung zum nächstgelegenen Kernkraftwerk zum Zeitpunkt der Diagnose und dem Risiko, vor dem fünften Geburtstag an Krebs (beziehungsweise Leukämie) zu erkranken, beobachtet wird".

Im Klartext: Die Zahl krebskranker Kinder steigt, je dichter ihr Wohnort an einem der 16 deutschen Reaktorstandorte liegt. Dieser Zusammenhang sei „statistisch signifikant", heißt es in der Studie.

Eine Erklärung für die auffällig vielen Erkrankungen kann die Studie dem Bericht zufolge aber nicht geben. Die Strahlenmenge in unmittelbarer Nähe von Kernkraftwerken reiche bei weitem nicht aus, um vermehrte Krebserkrankungen auszulösen - andere Erklärungen hätten jedoch auch nicht gefunden werden können. Ob Störfaktoren, Selektion oder Zufall bei dem beobachteten Abstandstrend eine Rolle spielten, „kann mit dieser Studie nicht abschließend geklärt werden", heißt es.

Die Durchsicht der Arbeit zeigt aber, dass für akute lymphatische Leukämien, die am ehesten mit radioaktiver Strahlung in Verbindung gebracht werden, genau das Gegenteil der Fall ist. Die Fallzahl für lymphatische Leukämien ist im Nahbereich der Atomanlagen signifikant um den Faktor 3,4 erhöht. Der Zusammenhang ist also augenscheinlich.

In der Öffentlichkeit taucht immer wieder das Argument auf, die natürliche – terrestrische und kosmische – Strahlenbelastung sei höher als die aus Atomkraftwerken freigesetzte, ein Zusammenhang der Leukämien mit den Atomkraftwerke somit also auszuschließen. Diese Argumentation ist scheinbar plausibel, bei näherer Betrachtung aber irreführend. Über folgende Feststellungen herrscht in der Wissenschaft Einigkeit:

- Ionisierende Strahlung schädigt lebende Zellen, sei es in Form von elektromagnetischen Wellen (Betastrahlung) oder Alphateilchen (Alphastrahlung).

- Bei der friedlichen Nutzung der Kernenergie (Atomkraftwerke) wird ionisierende Strahlung auch außerhalb des Kraftwerkkomplexes freigesetzt.

- Im Gegensatz zur natürlichen Strahlung werden bei der friedlichen Nutzung der Kernenergie Radionuklide über das Kühlwasser über Abgase und über den Personenverkehr vom und zum Kraftwerk an die Umgebung abgegeben. Die Zahl dieser freiwerdenden Isotope beträgt etwa 280, von denen nur ein geringer Teil in bundesdeutschen Kraftwerken deklariert und gemessen wird. Zu ihnen gehören relativ kurzlebige, wie der Betastrahler Jod 131 mit einer Halbwertszeit von acht Tagen oder der langlebige Alphastrahler Plutonium 239 mit einer Halbwertszeit von 24.000 Jahren. Die Gefahr dieser künstlichen radioaktiven Spaltprodukte geht vor allem von ihrer Anreicherung in den menschlichen Organen aus. Diese gelangen in Form gasförmiger und/oder flüssiger Effluate in die Biosphäre und kontaminieren Luft, Boden und Wasser. Dort werden sie von Mikroorganismen und Pflanzen aufgenommen und erfahren ihre erste Anreicherung in der biozyklischen Kette. Bei der Futteraufnahme werden diese im biozyklischen Material akkumulierten Spaltprodukte in höheren Pflanzen und vor allem aber auch in Tieren inkorporiert und erfahren dabei oft eine weitere Anreicherung (Fisch, Getreide, Wild, Weidevieh). Durch Nahrungsaufnahme gelangen diese radioaktiven Spaltprodukte in den menschlichen Organismus. Aber auch im menschlichen Organismus werden Radionuklide unterschiedlich stark in einzelnen Organen angereichert. Am bekanntesten ist Strontium 90. Wegen seiner Ähnlichkeit mit dem vor allem in Knochen und Zähnen vorkommenden Calcium wird es insbesondere in diesen Organen angereichert, und Jod 131, das zu 90 - 98 % in die Schilddrüse geleitet wird. Auch wenn diese Isotope von kurzer Lebensdauer sind oder ihre Strahlung nur eine Reichweite von wenigen Millimetern oder Zentimetern hat, ist ihre Gefährlichkeit besonders groß, da die gefährdeten und sensiblen Zellanteile sich in unmittelbarer Nachbarschaft zu diesen Stoffen befinden (Gefahr der Mutation von Körper- und Keimzellen).

Schon daraus wird ersichtlich, wie gering der Aussagewert der Messungen von Strahlungsaktivität in der Umgebung von Kernkraftwerken ist. Die Messung von Alpha- und weicher Betastrahlung beim Durchgang in Nahrungsketten und bei Ansammlung in kritischen Organen kann nicht durchgeführt werden, wäre aber entscheidend für die Risikoabschätzung der betroffenen Bevölkerung.

Kinder sind besonders gefährdet

Bei der Abwägung des gesundheitsgefährdenden Risikos einer auch noch so geringen Strahlung ist vor allem die unterschiedliche Strahlensensibilität einzelner menschlicher Entwicklungsphasen zu berücksichtigen. Untersuchungen ergaben, dass der Fötus der höchsten Strahlengefährdung ausgesetzt ist. Die Zunahme der Krebssterblichkeitsrate beträgt pro rad im Mutterleib 50 %, bei Kindern im Alter von 6-10 Jahren 8 % und bei Erwachsenen ab 61 Jahren weniger als 0,25 %.

Einen weiteren wesentlichen Unterschied zu anderen Umweltschädlichkeiten besteht in dem zeitlich nahezu unbegrenzten Risiko für die Bevölkerung durch die Verseuchung von Luft, Wasser und Erde durch radioaktive Isotope mit langer Halbwertszeit.

Es besteht kein Zweifel daran, dass die Blutkrebserkrankungen von Kindern mit der Nähe zu AKW zunehmen. Aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes muss schnell und umfassend gehandelt werden. Der beschlossene Atomausstieg ist deshalb zu beschleunigen. Ein Abwarten auf wissenschaftliche Erkenntnisse ist nicht zu verantworten.

Der vdää fordert die verantwortlichen Politiker auf, gemeinsam mit den Betreibern über eine schnellst mögliche Abschaltung aller Atomkraftwerke zu verhandeln.

20. Dezember 2007
Dr. Winfried Beck
(Mitglied des Vorstandes)

VDÄÄ	Kantstraße 10	Mobil 0173 – 385 4872
Geschäftsstelle	63477 Maintal	Fax 0721 – 151 271 899
Nadja Rakowitz	Telefon 06181 – 432 348	E-Mail: info@vdaeae.de

Vielsagendes Schweigen

Industrie will Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel kippen – EU-Kommission hält sich bedeckt

BUKO Pharma-Kampagne

Die europäische Pharmaindustrie scheint entschlossen, das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel zu kippen. Das wurde jüngst auf einer Tagung in Brüssel klar. Die EU-Kommission laviert noch herum, will den Firmen aber offensichtlich den direkten Zugang zu VerbraucherInnen ermöglichen. Strategie ist es, alles was nicht direkt wie Werbung aussieht, als "Information" umzudefinieren.

Eine kürzlich veranstaltete Tagung des europäischen Netzwerkes Health Action International (HAI) zum Thema „Sicherstellung unabhängiger medizinischer Informationen in Europa" brachte es zu Tage: Dr. Scott Ratzan, Sprecher des europäischen Pharmaindustrieverbandes EFPIA, gab unumwunden zu, dass seine Organisation eine Änderung des Artikels 88 der EU-Richtlinie 2001/83/EG anstrebt. Dies würde der Pharmaindustrie erlauben, rezeptpflichtige Arzneimittel direkt bei den VerbraucherInnen zu bewerben. Christian Siebert, Referatsleiter Abteilung Unternehmen und Industrie der Europäischen Kommission, vermied eine konkrete Antwort auf die Frage, ob ein Gesetzesvorschlag in Arbeit sei.

Die Pharmaindustrie hatte schon 2002 vergeblich versucht, das in Europa bestehende Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel zu kippen. Jetzt lieferte Ratzan die Bestätigung, dass die Pharmaindustrie erneut anstrebt, die Gesetze zu ändern, damit sie ihre Produkte den VerbraucherInnen direkt anpreisen kann. Sie nutzt dabei die aktuelle Debatte um PatientInneninformation in der EU.

PatientInnen brauchen zuverlässige, vergleichende und unabhängige Gesundheitsinformationen, die alle Behandlungsoptionen – auch die der Nicht-Behandlung – einschließen. Die Pharmaindustrie kann jedoch aufgrund ihrer kommerziellen Interessen keine unabhängigen Informationen liefern.

Die BUKO Pharma-Kampagne fordert den Erhalt der EU-Bestimmungen zur Werbekontrolle in ihrer jetzigen Form. Darüber hinaus muss das gegenwärtige Informationsangebot – insbesondere im Internet – besser kontrolliert werden. Illegale offene oder versteckte Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel, wie sie vielfach schon Realität ist, muss konsequent geahndet werden (u.a. auch mit der Verpflichtung zur Richtigstellung). Im gleichen Zug fordert die Pharma-Kampagne die gezielte öffentliche Förderung von unabhängigen – nicht von der Pharmaindustrie beeinflussten Informationen zu Krankheit und Gesundheit.

Mehr zum Thema finden Sie in unserem neuesten Pharma-Brief www.bukopharma.de/uploads/file/Pharma-Brief/Phbf2007_07.pdf unter der Überschrift: „Den Bock zum Gärtner machen?"

Beispiele versteckter Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel in derselben Ausgabe: „Hauptsache Lifestyle – wie die Industrie zum Thema Pille desinformiert" (auf Seite 5).

Unsere neu gestaltete Webseite www.bukopharma.de bietet darüber hinaus viele weitere Informationen unter > Themen >> Einfluss der Industrie und >> Medikamente in Europa.

6. November 2007

Politischer Erfolg bei Arzneimittelforschung für Entwicklungsländer

Die internationale Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Gesundheitsforschung für arme Länder hat sich auf Grundprinzipien eines Aktionsplans geeinigt. Einwöchige Verhandlungen bei der Weltgesundheitsorganisation in Genf waren vorausgegangen; konkrete Maßnahmen sollen bei einem Folgetref-

fen voraussichtlich im April 2008 beschlossen werden. "Wir begrüßen die Übernahme politischer Verantwortung für Gesundheitsforschung in Bereichen, wo der Markt versagt", so Dr. Christian Wagner-Ahlfs von der BUKO Pharma-Kampagne, die sich für die Bedürfnisse von Entwicklungsländern einsetzt.

Gegenwärtig leben 80 % der Weltbevölkerung in Entwicklungsländern, wovon die Hälfte der Menschen von weniger als US$ 2 pro Tag leben muss. Diese Menschen können sich kaum Medikamente leisten. Spezifische Bedürfnisse der armen Bevölkerung wurden von der kommerziellen Arzneimittelforschung über Jahrzehnte hinweg vernachlässigt.

Der Aktionsplan der WHO sieht einen Mix verschiedener Anreize vor, um die Forschung zu Krankheiten der Entwicklungsländer zu fördern. Das gängige, auf Patenten basierende Forschungssystem erfüllt die Bedürfnisse nur unzureichend, weshalb auch alternative Forschungsmodelle erarbeitet und gefördert werden sollen. Eine Gruppe südamerikanischer Länder hatte gefordert, bei öffentlich geförderten Forschungsprojekten ganz auf Patente zu verzichten. Dies wurde aber von vielen Ländern abgelehnt.

Die Diskussionen in Genf waren durch Konflikte um die Handhabung von Patenten geprägt. Unter Bezug auf das TRIPS-Abkommen der Welthandelsorganisation wurde aber klar gestellt, dass Patentrechte Regierungen nicht daran hindern dürfen, Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit zu ergreifen. Christian Wagner-Ahlfs betont die positive Rolle der deutschen Regierungsdelegation: „Sie hat klar Position bezogen, dass Entwicklungsländer unterstützt werden müssen, wenn sie z. B. Zwangslizenzen anwenden wollen."

Heftig debattiert wurde die Frage, für welche Krankheiten der Aktionsplan gelten soll. Neben Krankheiten, die vor allem für arme Länder typisch sind, soll der Aktionsplan auch Krankheiten wie Diabetes und Herzkreislauferkrankungen erfassen, unter denen arme wie reiche Länder gleichermaßen leiden. Die Details hierzu sind allerdings noch offen, da gerade bei diesen Krankheiten die Pharmaindustrie starkes Interesse hat, die lukrativen Märkte in den Industrieländer unangetastet zu lassen.

Entwicklungsländer sollen darin gestärkt werden, mehr eigene Arzneimittelforschung durchzuführen. Ebenso soll durch Technologietransfer die Herstellung von Medikamenten in den Ländern ausgebaut werden.

Insgesamt gibt es noch keine Verpflichtungen der Regierungen zu bestimmten Maßnahmen. Die Finanzierung des geplanten Aktionsplans ist noch offen.

Starke Einschränkung öffentlicher Beteiligung

Stark kritisiert wurde, dass zu den Verhandlungen nur Regierungsdelegierte zugelassen waren. Zahlreiche Nichtregierungsorganisationen hatten sich für die einwöchige Sitzung akkreditiert, wurden dann aber vor Ort von den Diskussionen ausgeschlossen. Auch die so genannten externen Experten, die im Vorfeld von Regierungen für die Sitzungen benannt worden waren, konnten zwar den Sitzungen beiwohnen, erhielten aber durch Beschränkung des Rederechts praktisch keine Möglichkeit, sich einzubringen.

10.11.2007

Welt-Aids-Tag: 10787 Unterschriften gegen Patent auf AIDS-Medikament an Boehringer übergeben

Erfolgreiche Kampagne sichert Generika-Produktion von Nevirapine-Sirup

Auf der traditionellen Veranstaltung der AIDS-Hilfe zum Welt-Aids-Tag in der Frankfurter Paulskirche am Samstag dem 1.12.07, forderten medico international, BUKO Pharma-Kampagne und attac den Pharmakonzern Boehringer Ingelheim dazu auf, seinen Patentantrag in Indien für den Nevirapine-Sirup zur Behandlung von HIV-positiven Kindern zurückzunehmen.

Stellvertretend für die drei Organisationen übergab medico-Gesundheitsexperte Christoph Goldmann dem Kommunikationschef Philipp Baum von Boehringer Ingelheim mehr als 10.000 Unterschriften von Menschen, die sich dieser Forderung anschlossen. Die Initiatoren der Unterschriftenaktion sind sehr zufrieden mit der Resonanz und können einen ersten Etappensieg verbuchen. Christiane Fischer von der BUKO Pharma-Kampagne erläutert: „Die Eigendynamik die diese Aktion entfaltete, war beeindruckend und dürfte ihren Teil dazu beigetragen haben, dass Boehringer de facto auf die Anwendung eventueller Patentrechte in Entwicklungsländern verzichtet. Die weitere Generika-Produktion des Medikaments ist damit, wie auch das Leben vieler HIV-positiver Kinder vorerst gerettet."

Aufgrund des öffentlichen Drucks sichert Boehringer Ingelheim zu, indischen Produzenten freiwillige, kostenlose Lizenzen für den Nevirapine-Export nach Afrika und in andere Entwicklungsländer zu erteilen. Trotz dieses weitreichen-

den Zugeständnisses ist Boehringer bisher jedoch nicht bereit, seinen Patentantrag in Indien zurückzuziehen. „Der Konzern will damit offenkundig einen Präzedenzfall schaffen und in Indien grundsätzlich Patente auf Medikamente erzwingen. Dies bedroht die günstigen Generika-Hersteller. Es drohen höhere Preise für viele lebensnotwendige Medikamente, die sich dann noch weniger arme Menschen leisten könnten", warnt Christoph Goldmann von medico international.

Die drei Organisationen bleiben deshalb bei ihrer Forderung nach der Rücknahme des Patentantrages durch Boehringer Ingelheim und werden dabei auch vom Aktionsbündnis gegen Aids unterstützt. „Der freiwillige Verzicht auf die Durchsetzung der Patentrechte durch Boehringer lässt das Menschenrecht auf Gesundheit zu einer Gnade der Industrie verkommen. Wir können nicht jedes einzelne Medikament freikämpfen. Notwendig sind grundlegende internationale Regeln bei denen der Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten für alle Menschen im Vordergrund steht und nicht die Profite der Pharmaindustrie", sagt Christoph Goldmann.

1.12.2007

Die Bundeskoordination Internationalismus (BUKO) ist ein Netzwerk von über 200 Dritte Welt Gruppen in Deutschland. 1980 begann BUKO eine Kampagne gegen unvertretbare Geschäftspraktiken international tätiger Pharmakonzerne. Die Pharma-Kampagne der BUKO setzt sich für einen rationalen Gebrauch von Arzneimitteln ein. Sie arbeitet mit ÄrztInnen und PharmazeutInnen, Verbrauchergruppen und StudentInnen zusammen. Die BUKO Pharma-Kampagne hat durch die Mitarbeit im Netzwerk Health Action International (HAI) Kontakt mit Gruppen in über 70 Ländern in aller Welt.

Bankverbindung: Gesundheit und Dritte Welt e.V., Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61) · Konto: 105 601 · Spendenkonto: 105 627

VDPP-Herbstseminar

Wettbewerb - Ja und Amen?

BERLIN (ks). Seit Jahren wird anlässlich der deutschen Gesundheitsreformen der Wettbewerb gepredigt. Doch was bringt dieser tatsächlich - insbesondere der Arzneimittelversorgung? Welche Erfahrungen hat man bereits gesammelt und wie sollte man sich für die Zukunft aufstellen? Diese Fragen beschäftigten die Teilnehmer des diesjährigen Herbstseminars des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) am 10. November in Berlin. Zu den Gästen zählten unter anderem Sachverständigenratsmitglied Professor Gerd Glaeske und ABDA-Geschäftsführer Lutz Tisch.

Einen Überblick über die Entwicklung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen gab zunächst der Sozialmediziner Professor Jens-Uwe Niehoff. Was für Deutschland 1992 in Lahnstein begann – damals wurde die freie Kassenwahl für alle GKV-Versicherten beschlossen – hat sich aus seiner Sicht bereits zu einer gewissen „Obsession" entwickelt: Der Wettbewerb rankt sich nicht mehr nur um einzelne Versicherte, sondern auch um die niedrigsten Preise und höchsten Umsätze. Leistungserbringer stehen ebenso im Wettbewerb wie die Anbieter strukturierter Versorgungsformen. Die Hoffnung ist, dass auf diese Weise die Effektivität des Systems gesteigert werden kann. Was als Reform begonnen hat, werde letztlich als „Transformation" enden – und vor dieser warnte Niehoff. Denn er sieht viele Gründe, warum ein reiner Wettbewerb versagen muss. Vor dem Hintergrund, dass der Bedarf an Gesundheitsleistungen in der Regel erst im Krankheitsfall entsteht, hält es Niehoff für wenig lebensnah, dass die Patienten dann beginnen sollen, sorgfältig auszuwählen. Ineffizienzen entstünden zudem, wenn die Bedarfsentscheidung und -erfüllung in einer Hand liegen: „Jedes Krankenhausbett, das bereit steht, muss auch gefüllt werden". Niehoff machte deutlich, dass er sich nicht grundsätzlich gegen Wettbewerb stellt. Im Sinne eines „managed competition" – im deutschen zumeist mit „solidarischer Wettbewerb" übersetzt – könne er eine Methode sein, um Ziele zu erreichen. Er dürfe jedoch „kein Wert an sich" werden und das System blind zerstören. Niehoff warnte: „Ist der Kettenhund Wettbewerb erst einmal losgelassen, wird es schwierig, ihn öffentlich zu regulieren."

Qualitätsberichte müssen Standard werden

Für Professor Gerd Glaeske steht die Qualität im Mittelpunkt des Wettbewerbs. „Wer heilt hat Recht" ist aus seiner Sicht eine Haltung, die heute nicht mehr akzeptabel ist. Die Anbieter müssten sich „am objektiven Bedarf und nicht an den subjektiven Bedürfnissen" orientieren. Wettbewerb um die niedrigsten Preise sei ebenfalls „Schnee von gestern". So hält Glaeske auch Rabattverträge, „die nur auf die Preise schielen" für „Blödsinn". Ebenso wenig sinnvoll seien die übrigen Kostendämpfungsmaßnahmen, die an den Strukturen nichts änderten. In der Arzneimittelversorgung habe hingegen der Wettbewerb in der Distribution sowie im Beratungsbenchmark „ungeahnte Dynamik in den Apothekenmarkt gebracht", betonte Glaeske. So sei es insbesondere durch Versandapotheken zu einem Preiswettbewerb im OTC-Markt gekommen. Aber auch Pseudo-Costumer-Projekte sind für ihn ein Schritt in die richtige Richtung. Nötig sei jedoch, eine „Evaluationskultur" zu etablieren. So müssten Beratungs- und Interaktionschecks kontinuierlich überprüft werden. Im System bestehen könne nur, wer Qualitätsmanagement betreibe und

alles mit Daten belegen könne, so Glaeske. Anreize hierfür könnte etwa eine qualitätsorientierte Vergütung geben – auch für Apotheken. Möglich wären z. B. höhere Pauschalen im Rahmen von Versorgungsverträgen. Angesichts der zu erwartenden Zunahme chronischer Erkrankungen forderte Glaeske zudem eine stärkere Kooperation der Gesundheitsberufe. Schon wegen dieser zunehmenden Arbeitsteilung hält Glaeske Apotheken auch noch in 20 Jahren für „unverzichtbar". Allerdings werde sich ihre Form ändern – vielversprechend sind für ihn insbesondere Apotheken als Teil von Versorgungskooperationen.

Beratungsqualität legitimiert Apotheken

Lutz Tisch betonte, dass Wettbewerb zwar die Preise für den Endverbraucher senken könne, nicht aber zwingend auch die Kosten. So seien viele in der Apotheke erbrachte Leistungen vom Arzneimittelpreis mitumfasst. Doch „das Gleichgewicht zwischen Leistung und Bezahlung kann durch den Wettbewerb leicht durcheinandergebracht werden", warnte Tisch. Dass Apotheken beispielsweise Preiswettbewerb, Werbung oder Versandhandel betreiben dürfen, hält er für eine Fehlsteuerung. All dies verursache Kosten, die an anderer Stelle – klassischerweise beim Personal – eingespart werden müssten. Eine gesonderte Beratungsvergütung hält Tisch allerdings auch nicht für die optimale Lösung. Er gab zu bedenken, dass Patienten, die eine Beratung einfordern, bereits Problembewusstsein haben müssen. Da es hieran oftmals fehle, könnte die extra zu vergütende Beratung gerade da ausbleiben, wo sie am nötigsten wäre. Auch Tisch ist sich bewusst, dass die beständige Verbesserung der Beratungsqualität von besonderer Bedeutung ist – sie sei schließlich die „entscheidende Legitimation" der Apotheker. Der ABDA-Geschäftsführer warnte weiterhin davor, die Globalisierung als Argument für die „Zerstörung lokaler Strukturen" zu missbrauchen. Einer Demontage der Rahmenbedingungen müsse man dringend entgegenwirken. So sei es auch ABDA-Strategie daran zu glauben, dass die Apotheke auch in 20 Jahren noch bestehe. Persönlich habe er jedoch die Befürchtung, dass es schon viel früher nur noch „ Alibi-Beratungsapotheker" im stillen Kämmerlein gibt. Denn sollte sich die Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts Münster im Fall des dm-Drogeriemarktes durchsetzen, könne bald jeder Kiosk Arzneimittel verkaufen.

Etgeton für plurales System

Stefan Etgeton, Fachbereichsleiter Gesundheit und Ernährung beim Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), sieht den zunehmenden Wettbewerb differenziert. Zwar seien neue Wahlmöglichkeiten für Versicherte grundsätzlich zu begrüßen, viele Instrumente der Kassen führten aber lediglich zu einem „Scheinwettbewerb, um gute Risiken zu binden". Zudem sei die Situation für den Verbraucher, der nun unter verschiedenen Optionen wählen kann, recht unübersichtlich geworden. Dies mache es nötig, verbindliche Standards festzulegen und externe Qualitätssicherung zu betreiben. Im Bereich der Arzneimittelversorgung sind Etgeton zufolge vor allem hohe Sicherheitsstandards nötig – und zwar unabhängig vom Vertriebsweg. Eine flächendeckende Versorgung ist für ihn auch in einem pluralen System der Arzneimitteldistribution möglich. Und diese Pluralität ist für den Verbraucherschützer durchaus erstrebenswert – er ist überzeugt: Bestand hat jeder, der seine Qualität unter Beweis stellen kann. Dabei sollten sich stationäre Apotheken bewusst machen, dass sie bereits durch die Möglichkeit zur persönlichen Beratung gegenüber Versandapotheken einen großen Vorteil haben. Dem Wettbewerb um OTC-Preise misst Etgeton wenig Bedeutung bei. Dass dieser nur begrenzt stattfinde, habe „sicher objektive Gründe". Von einem „bösen Apothekenkartell" will er jedenfalls nichts wissen. Was den etwaigen Fall des Fremd- und Mehrbesitzverbotes betrifft, so ist auch Etgeton klar, dass dann Oligopolen entgegengewirkt werden müsse. Dafür sollte aus seiner Sicht „etwas wie eine Regulierungsbehörde" zuständig sein.

(Aus der Deutschen Apothekerzeitung DAZ, Nr. 46/2007, S. 28f. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.)

Der nächste VDPP-Rundbrief erscheint im April 2008.

Redaktionsschluss ist am 31. März 2008.

Der Vorstand

Jana Böhme
Travestraße 4
10247 Berlin
Telefon 0176
28268204
rix47@gmx.de

Bernd Rehberg
Isestraße 39
20144 Hamburg
Telefon 0179 5375711
bernd@bernd-rehberg.
de

Dr. Thomas Schulz
Hertelstraße 10
12161 Berlin
Telefon 030 85074341
TGSchulz@web.de

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg
siehe Hessen

Bayern
siehe Hessen

Berlin

Dr. Regina Schumann
Halskestraße 4
12167 Berlin
Telefon 030 7951471
sander.schumann
@gmx.de

Brandenburg
siehe Berlin

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel-Apotheke
Schwaneweder
Straße 21
28779 Bremen
Telefon 0421 605054
Fax 0421 605058
info@igelapo.de

Hamburg

VDPP-Geschäftsstelle
Neptun-Apotheke
Bramfelder
Chaussee 291
22177 Hamburg
Telefon 040 63917720
Fax 040 63917724
Geschaeftsstelle
@vdpp.de

Hessen

Christl Trischler
Elisabethenstraße 5
64390 Erzhausen
Telefon 06150 85234
chri-tri@web.de

Mecklenburg-Vorpommern
siehe Hamburg

Niedersachsen

Dorothea Hofferberth
Ruschenbrink 23
31787 Hameln
Telefon 05151 64096
Aesculap.Apotheke
@t-online.de

Nordrhein-Westfalen

Christine Szlachcic-Schomacher
Beckhofstraße 2
48145 Münster
Telefon 0251 511894
Ch.schomacher
@onlinehome.de

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen

Saarland
siehe Hessen

Sachsen

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7
04205 Miltitz
Telefon 0341 9405732

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen