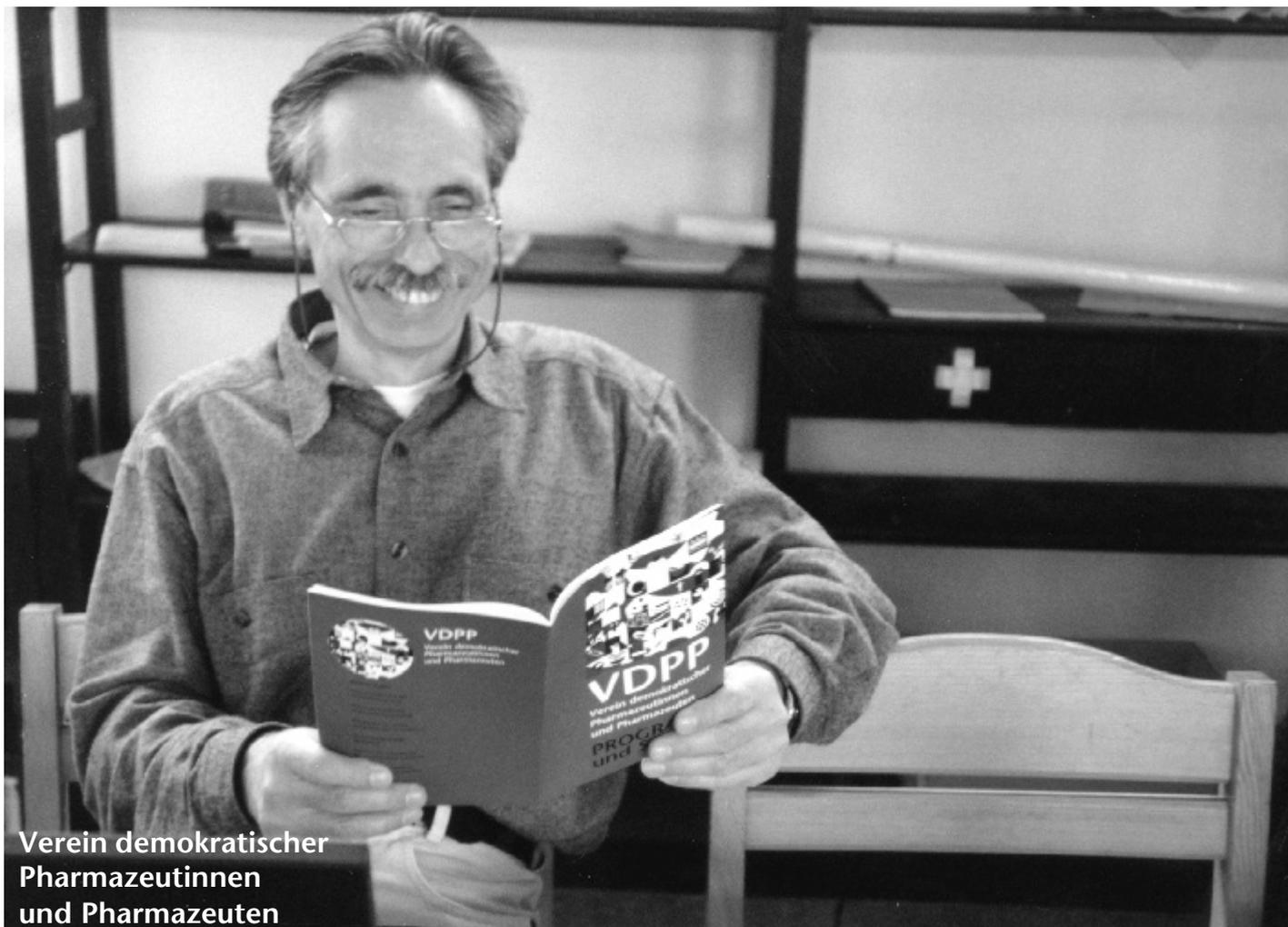


VDPP • RUNDBRIEF

51

2 / 2000

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten



Verein demokratischer
Pharmazeutinnen
und Pharmazeuten

Unsere Ziele:

Demokratisierung des
Gesundheitswesens

Verantwortungsvolle
Arzneimittelversorgung

Berufspraxis in einem
sozial orientierten Heilberuf
umsatzunabhängige
Apotheken

ökologische Kriterien bei
der Arzneimittelproduktion

verbraucherfreundliche
Arzneimittelgesetzgebung

unabhängig
überparteilich
patientenorientiert

RBaus dem
51 INHALT

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

in euren Händen haltet Ihr den 51. Rundbrief. Wenn ihr auf den Kalender schaut und das Datum mit dem in der letzten Ausgabe genannten Redaktionsschluss vergleicht, seht ihr, dass wir uns leider wieder um ein paar Wochen verspätet haben.

Wer diesen Umstand bedauert, hat es selbst in der Hand, ihn zu ändern, indem sie oder er sich entschließt, das Redaktionsteam zu verstärken. Im Augenblick sieht es so aus, dass dann, wenn einer von uns beiden verreist ist, und/oder bei einem von uns in der Apotheke durch Krankheit, Urlaub usw. etwas mehr zu tun ist, die Redaktionsarbeit zwangsläufig fast zum Erliegen kommt. Geld können wir euch nicht bieten, Ruhm, Ehre und vielleicht auch ein wenig Spaß aber durchaus. Es ist angesichts der Möglichkeit, per E-Mail miteinander zu kommunizieren, auch nicht notwendig, dass ihr in Hamburg wohnt oder regelmäßig nach Hamburg kommt. Wo es einen Computer und einen Telefonanschluss gibt, könnte es auch eine VDPP-Rundbrief-Redakteurin oder einen Redakteur geben.

Die Formalien der Mitgliederversammlung in Riedstadt werden erst im nächsten Rundbrief stehen, dafür findet ihr in dieser Ausgabe ein paar Bilder von der MV, die Thomas Schulz aufgenommen hat, der auch für die Bildunterschriften verantwortlich ist.

Dieser Rundbrief enthält eine Anzeige der taz, deshalb findet ihr die Adressen ausnahmsweise auf der vorletzten Seite, im Austausch können wir in drei taz-Kleinanzeigen für Veranstaltungen des VDPP werben. Außerdem liegt einem Teil der Auflage ein Werbezettel des Juventa-Verlags bei, dafür dürfen wir die sicherlich für einige Leser interessante Buchbesprechung von Antje Ducki abdrucken.

Viel Spaß beim Lesen,

eure Redaktion

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief
Nr. 52: 30. Juni 2000

INHALT

Grußwort des Vorstands

Frauen haben das Wort
Christl Trischler, Gabi Beisswanger
und Gudrun Hahn

Ohne und mit akademischen
Weißen – Frauen in der Apotheke

Bericht vom VDPP- Frauenseminar
1999 in Berlin
Elisabeth Bronder und Bettina Piep

'Zukunftsarbeit'
– eine Aktivität von Janssen-Cilag
Angelika Sotolongo

Über einige Aktivitäten
der letzten Zeit
Katja Lorenz

Stellungnahme des VDDP zum Entwurf
der GKV-Gesundheitsreform
Katja Lorenz

Zum Gesetzentwurf:
GKV-Gesundheitsreform 2000
Jürgen Große

Kreativer Osten will auf sich
aufmerksam machen
Angelika Sotolongo

Selbstmedikation oder:
Reden über's schwarze Loch
Udo Puteanus

Stellungnahme des VDPP zum Entwurf
der Zweiten Verordnung zur Änderung
der Approbationsordnung für Apotheker
Katja Lorenz

Für Surfer:
Zwei interessante Dienste
Angelika Sotolongo

Aktivitäten in Berlin
Katja Lorenz und Thomas Schulz

Herbstseminar:
Unabhängige Arzneimittelinformation
in Deutschland
Udo Puteanus

3 PERSONALIEN 23

3 Letzte Meldung
zum neuen Programm
Katja Lorenz 23

5 Protokoll der Vorstandssitzung
vom 24. 7. 1999 in Kassel 23

6 Protokoll der Vorstandssitzung
vom 12. 9. 1999 in Kassel 25

8 Beiträge
die Redaktion 27

8 TERMINE 27

9 DOKUMENTATION
Vor 100 Jahren durfte die
erste Frau Pharmazie studieren
Reinhild Berger 28

9 Arzneien mit zweifelhafter Wirkung
Thomas Schulz 28

11 Umweltapotheker
Thomas Schulz 29

14 KEIN PATENT AUF LEBEN!
Ruth Tippe und Linde Peters 30

15 Erfahrungen aus
fünf Jahren Beratungstelefon
Markus Fritz 34

16 An die Mitglieder der
deutschen IPPNW-Sektion
Horst-Eberhard Richter 36

17 Bessere Arzneimitteltherapie
durch Reform?
Jörg Schaber 38

17

17

18

Grußwort des Vorstandes

Liebe Vereinsmitglieder,

mittlerweile löst der Sommer einen herrlichen Frühling ab. Schon alleine unter diesem Aspekt hatte es sich voll gelohnt, die diesjährige MV in Riedstadt zu besuchen. Ein Meer von Blüten, blühenden Büschen und Blätter gab es mitunter auch schon an den Bäumen. Wer nicht mit in Riedstadt dabei war, hat wirklich etwas verpasst. An dieser Stelle möchte ich mich nochmals bei Wolfgang Richter bedanken, der für erstklassige Verpflegung und Unterbringung gesorgt hat. Darüber hinaus hat er maßgeblich zum inhaltlichen Teil der MV beigetragen, da er einen sehr spannenden Vortrag über den Modellversuch „Vernetzte Praxen im Ried“ hielt und während der MV durch das Gesundheitszentrum mitsamt der Apotheke führte. Am Abend schwelgten wir bei einem erstklassigen Büfett, danach spielte die Hausband des Gesundheitszentrums auf. Nachdem die ersten Lieder etwas langsam waren, hatten wir danach bei richtig heißen Rhythmen unseren Spaß und konnten uns völlig austoben. Ein sehr schöner Ausklang eines erfolgreichen und arbeitsamen Tages. Weiteres über die MV könnt ihr im nächsten Rundbrief nachlesen.

Schwerpunkte während der MV waren die Verbesserung der Kommunikation im Verein und die Internetpräsentation des VDPP. Zu diesem Thema möchte ich nochmals alle Mitglieder bitten, uns – soweit vorhanden – die E-Mail Adresse zukommen zu lassen (geschaeftsstelle@vdpp.de oder vorstand@vdpp.de). Auf diesem Weg ist eine wesentlich schnellere und effektivere Kommunikation untereinander möglich.

Außerdem könnt ihr das neue „VDPP aktuell“ regelmäßig über E-Mail erhalten, das seit Januar zum dritten Mal erschienen ist. An dieser Stelle ein Dankeschön an Thomas Schulz, der es auf den Weg gebracht hat. Es enthält Termine und wichtige Diskussionen oder Stellungnahmen zwischen den Rundbriefen. Als weiteren Vorteil der Vernetzung über E-Mail sehe ich die Möglichkeit, sich an wichtigen Entscheidungsprozessen im Verein relativ unproblematisch zu beteiligen. Die Homepage des Vereins (www.vdpp.de) wird demnächst auch in überarbeiteter Fassung erscheinen und vom Vorstand gepflegt. Schaut einfach mal rein.

Mit dieser Ausgabe haltet ihr auch das druckfrische Programm in den Händen, in das Katja Lorenz und Regina Schumann in den letzten Jahren sehr viel Arbeit und Zeit (!) gesteckt haben, um gesammelte Entwürfe und Diskussionen darin aufzunehmen. Auch Euch vielen Dank für die Mühen. Das Bild auf dem Umschlag wurde von Reinhold Weber gestaltet.

Mit den besten Wünschen für die nächste Zeit,

eure Isabella Sulger

Modellversuch “Vernetzte Praxen”

Bericht eines betroffenen Apothekers

von Wolfgang Richter

Im hessischen Ried lief vom April 1997 bis März 1999 ein Modellversuch nach § 63a SGB V unter dem Titel “Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried”(ÄQR). Vorläufer der “ÄQR” war ein “Hausärztlicher Qualitätszirkel” seit Anfang der 90er Jahre. Als der Gedanke der Praxisvernetzung, zunächst in Südbaden, später in Schleswig-Holstein aufkam, entwickelten einige Ärzte des Zirkels ein erstes Konzept und stellten es der KV Darmstadt vor. Nach langwierigen Verhandlungen wurde Ende 1996 zwischen dem VdAK/AEV und der KV-Hessen ein Vertrag geschlossen. Voraussetzung für Modellversuche dieser Art ist ein Plan, der darlegt, dass die Einsparungen höher sind als die Kosten des Versuchs. Eine wissenschaftliche Evaluation ist ebenfalls Bedingung.

Beteiligte

Nach anfänglicher Skepsis eines Teiles der Ärzteschaft beteiligten sich 37 Ärzte in 29 Praxen des Südkreises Groß-Gerau am Versuch. In diesem Bereich gibt es 12 Apotheken. Eine Mitarbeit der Apotheken war anfangs nicht vorgesehen. Erfasst wurden u.a. über die Apotheken-Rechenzentren die Daten der VdAK/AEV Versicherten (40% der Patienten).

Ziele des Modellversuchs

- Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung
- Nutzung von Einsparpotentialen
- Rationaler und wirtschaftlicher Einsatz von Pharmakotherapie, Heil- und Hilfsmitteln.
- Verbesserung der Zusammenarbeit unter den beteiligten Heilberufen (Apotheken werden nicht erwähnt)
- Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen

Wege zur Qualitätsverbesserung

Zur Erreichung dieser Ziele wurden verschiedene Wege beschritten. Einerseits fanden weiterhin Treffen des Qualitätszirkels statt, andererseits wurden weitere Arbeitsgruppen gegründet, die sich mit Fragen der Pharmakotherapie, der elektronischen Kommunikation, Kontakten mit den Krankenhäusern und Fallkonferenzen befassten. Ein Patientenbuch für chronisch Kranke wurde eingeführt, das z.B. dem Notarzt einen schnellen Überblick über die Krankengeschichte geben kann. Es gab ein Zweitmeinungsverfahren für Krankenhauseinweisungen. Im Laufe des Versuchs wurden alle Praxen mit Internet-fähigen Rechnern ausgestattet, ein Server bei der KV wurde eingerichtet, um den schnellen und sicheren Datenaustausch unter den Praxen zu ermöglichen.

Ergebnisse

Nach Auswertung des zweijährigen Versuchs kommen die Beteiligten in ihrem Bericht (1) zu einem mit Einschränkungen positiven Ergebnis. Finanziell wurde das Ziel erreicht.

Die Einsparungen in der Pharmakotherapie der betroffenen VdAK/AEV-Versicherten gegenüber einer Vergleichsgruppe betragen nach dieser Rechnung 860.000 DM bei Kosten von 650.000 DM. Der zeitliche Aufwand der Praxen wurde allerdings wohl von allen Beteiligten unterschätzt. Auch wenn die Mehrarbeit teilweise honoriert wurde, dürfte kaum jemand Lust haben, den Versuch zu wiederholen. Dieser Punkt sollte besonders beachtet werden, wenn es jetzt zu immer neuen Planungen für weitere Netze kommt. Wenn der Wunsch zur Netzbildung nicht von den Ärzten ausgeht, sind weitere Bemühungen m.E. zum Scheitern verurteilt. Es wird keine weiteren Zuschüsse zu Netzen geben (abgesehen vielleicht von Sponsoring durch die Pharmaindustrie).

Für die Ärzte bedeutet das Netz zunächst erhebliche Mehrarbeit bei tendenziell sinkenden Einnahmen (weniger Doppeluntersuchungen). Langfristig bedeuten Netze für die Beteiligten aber auch einen Weg zur Existenzsicherung durch ein qualitativ hochwertiges Angebot in Konkurrenz zur ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser und andere mögliche Anbieter bei neuen Entwicklungen im Gesundheitswesen.

Erstmals sollten bei diesem Versuch auch die Heilmittelverordnungen ausgewertet werden. Die Daten lassen allerdings keine eindeutigen Aussagen zu. Insbesondere lässt sich, wie bei den Krankenhauseinweisungen, nicht nachweisen, ob es zu Kostenverlagerungen von/zur Pharmakotherapie gekommen ist. Die Zahl der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen war gering. Insgesamt lässt sich auch im Bereich Krankenhaus kein signifikanter Spareffekt im Modellversuch nachweisen.

Qualitätsindikatoren bei der Pharmakotherapie

Neben den relativ geringen (und nach Auslaufen des Versuches nachlassenden) finanziellen Effekten hat es allerdings in der Qualität der Pharmakotherapie für alle Patienten der Region bleibende Verbesserungen gegeben.

Als Qualitätsindikatoren wurden u.a. untersucht:

- Anzahl der verschiedenen verordneten Präparate
- Verordnung von "umstrittenen" Präparaten
- Bevorzugung stark wirksamer Präparate (Insulin, CSE-Hemmer, Btm-Schmerzmittel)
- Bevorzugung bewährter Arzneimittel (z.B. Betablocker)
- Neue Therapieempfehlungen (z.B. Tripeltherapie)

In allen untersuchten Bereichen wurde eine qualitativ bessere Versorgung im Ried in Bezug zur Vergleichsgruppe erreicht.

Der Beitrag der Apotheken

Auf Wunsch der betroffenen ApothekerInnen kam es mehrere Monate nach Beginn zu einer Vorstellung des Modellversuchs durch den VdAK/AEV beim LAV Hessen. Auf unseren Wunsch zur Beteiligung an der Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung (Compliance, Interaktionscheck, Qualitätsvergleich bei der Generika-Auswahl, Optimierung der Lagerhaltung, aut idem-Vereinbarung) wurden wir gelegentlich als Gäste zur Teilnahme an der Arbeitsgruppe Pharmakotherapie eingeladen. Inzwischen ist in dieser Gruppe eine "Empfehlungsliste für Arzneimittel" (2) erstellt worden, die allerdings für die Ärzte nicht bindend ist. Zur

Zeit laufen Verhandlungen zwischen Ärzten und Apotheken über Pflege und Aktualisierung der Liste. Es ist uns gelungen, durch eine Begrenzung auf 4 namhafte Generika-Hersteller plus Original-Anbieter eine überschaubare Liste und eine verbesserte Lagerhaltung zu erreichen. Die Zusammenarbeit ist auf kleine Bereiche begrenzt, doch die anfängliche Skepsis auf beiden Seiten ist einer realistischen Einschätzung der Möglichkeiten gewichen.

Ausblick

Netze sind zur Zeit "in". Zitat Darmstädter Echo vom 4. 4. 2000: "Im Kreis Bergstraße soll geprüft werden, ob ein "Ärzte-Netz" geknüpft werden kann. Das hat gestern der Kreistag auf Antrag der Grünen beschlossen ... Vorbild ist das "Ärzte-Netz Ried" ... das sich als Erfolgsmodell erwiesen hat." Auch wenn viele jetzt Netze haben möchten, die Entwicklung kann ohne engagierte Beteiligung der betroffenen Ärzte keinen Erfolg haben. Andernfalls werden neue aufwendige Strukturen mit Netzmanagern und großem bürokratischen Aufwand gebildet, die keinen Qualitätsgewinn bringen werden. Die Apotheken werden zur Nutzung der Einsparziele eher als störend empfunden. Es bedarf ständiger Überzeugungsarbeit, um den möglichen Beitrag der Apotheken zur qualitativen Verbesserung der Patientenversorgung deutlich zu machen. Wichtig für die Apotheken ist, bei der möglichen Weiterentwicklung zu integrierten Versorgungsmodellen nicht den Anschluss zu verlieren.

LITERATUR

1. J.Szecsényi et al. AQUA-Materialien Band VII, Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren "Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried". Göttingen 1999 ISBN: 3-9805177-7-2
2. Empfehlungsliste für Arzneimittel der ÄQR. Bezugsquelle: KV Darmstadt Telefon 061 51 - 15 83 E-Mail: KVDarmstadt@compuserve.com

Modellvorhaben zur Patientenunterstützung

von Udo Puteanus

Am 3. und 4. März 2000 fand in Bielefeld das 8. Gesundheitspolitische Kolloquium der Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld statt. Zentrales Thema: Wie sollen Modellvorhaben zur Patientenunterstützung / Verbraucherberatung aussehen, die nach dem neuen Paragraphen § 65 b des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) (GKV-Gesundheitsreform 2000) von den Krankenkassen mit 10 Mio. DM pro Jahr zu finanzieren sind? Zum Schluss der Veranstaltung wurde ein vom Leiter der Veranstaltung, Prof. Dr. Hurrelmann, vorgelegtes Papier mit Vertretern von verschiedenen Einrichtungen diskutiert, die bereits heute Patientenunterstützung / Verbraucherberatung betreiben. Da ein abschließender Konsens auf dieser Tagung nicht gefunden werden konnte, trafen sich die Teilnehmer der Podiumsdiskussion nochmals und überarbeiteten das Papier, das im folgenden zur Verfügung gestellt wird.

Zu Beginn der Wortlaut des Anschreiben von Prof. Hurrelmann, Rückfragen bitte dort (Prof. Hurrelmann, Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, Telefon: 0521-106 3834 / 4669 / 4380)

Prof. Hurrelmann: Im Abschlussplenum des 8. Gesundheitswissenschaftlichen Kolloquiums war mit großer Mehrheit beschlossen worden, den von mir vorgelegten Entwurf mit Vorschlägen für Modellversuche in der Patienten- und Verbraucherberatung zu überarbeiten und an die Spitzenverbände der Krankenkassen zu versenden. An der Überarbeitung des Textes sollten sich außer mir die Mitglieder der Podiumsdiskussion beteiligen.

Die Abstimmung ist inzwischen erfolgt. Einige der Podiumsmitglieder konnten sich hieran nicht beteiligen oder wollten aus prinzipiellen Gründen namentlich nicht genannt werden.

Ich lege Ihnen die Vorschläge von der von uns untereinander abgestimmten Form bei. Ich würde mich sehr freuen, wenn die von uns gefundenen Formulierungen auch Ihre Zustimmung finden könnten. Sollte das der Fall sein, bitte ich um Verbreitung und Bekanntmachung der Empfehlungen in ihrem Umfeld. Dazu sollte auch die ganze oder auszugsweise Publikation in Ihren Fachorganen gehören.

Dr. Ingo Flenker, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster
Professor Dr. Klaus Hurrelmann, Universität Bielefeld
Thomas Isenberg, AgV, Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e.V., Bonn
Karin Stötzner, SEKIS, Berliner Forum Patienteninteressen, Berlin

Vorschläge für die Entwicklung von Modellvorhaben der Patienten- und Verbraucherberatung in Deutschland

Wir begrüßen, dass durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV - Gesundheitsreform 2000) in § 65 Modellvorhaben der Patienten- und Verbraucherberatung eingeleitet und erprobt werden sollen. Angeregt durch die Diskussion beim 8. Gesundheitswissenschaftlichen Kolloquium der Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Bielefeld am 3. und 4. März, an dem Repräsentanten aller Bereiche des Gesundheitswesens teilgenommen haben, unterbreiten wir Vorschläge für solche Modellvorhaben.

Ziel der Patienten- und Verbraucherberatung sollte es sein, Bürgerinnen und Bürger in ihrer Rolle als Patient, Verbraucher und Versicherte in die Lage zu versetzen,

1. die verschiedenen Versicherungs-, Versorgungs- und Dienstleistungsangebote auf ihre Vor- und Nachteile abfragen zu können;
2. das für sie geeignete Angebot an Leistungen nach individuellen Bedürfnissen auszuwählen;
3. Informationen zu verschiedenen Versorgungs- und Behandlungsalternativen und ihren erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu erhalten;
4. Anliegen, Interessen und Rechte souverän und selbständig zu vertreten;
5. sich an der Ausgestaltung der therapeutischen und der sie begleitenden Betreuungsprozesse aktiv zu beteiligen;
6. die Spielräume für eigene Entscheidungen zum Behandlungsverlauf zu erkennen;
7. Hilfen für die Auseinandersetzung mit psychischen und sozialen Krisen aus eigener Kraft anzufordern;
8. unterschiedliche Wege der Durchsetzung individueller Rechte im Falle von medizinischen oder ökonomischen Schäden zu kennen;
9. an einem kontinuierlichen Prozess der Qualitätsoptimierung des Gesundheitswesens mitzuwirken.

Vorschläge

Für die im Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV - Gesundheitsreform 2000) vorgesehenen Modellvorhaben schlagen wir vor:

→ 1. Es sollte eine breite Vielfalt von Modellvorhaben eingeleitet und erprobt werden, um zunächst die unterschiedlichen Leistungen und die Vorteile und Nachteile verschiedener Modelle sorgfältig zu evaluieren. Die bereits existierenden Einrichtungen der Patienten- und Verbraucherberatung sollten in ihrer Weiterentwicklung unterstützt und gestärkt werden. Sie sollten sich arbeitsteilig jeweils auf ihre Kernkompetenzen beschränken.

→ 2. Wir halten eine organisatorische Bündelung des gesamten verfügbaren Wissens im Gesundheitswesen an einer zentralen Stelle nicht für sinnvoll. Deshalb sollte die Pluralität unterschiedlicher Träger der Beratung das Leit-

prinzip sein. Notwendig ist zusätzlich eine enge Koordination und Abstimmung der Beratungsangebote als Bestandteil der Modellversuche. Diese Clearingfunktion der Patienten- und Verbraucherberatung erfordert umfassende Kenntnisse über vorhandene Informationsquellen. Die Clearingfunktion sollte regional wahrgenommen werden und die Aufgabe erfüllen, Anfragen von Patientinnen und Patienten und von Bürgerinnen und Bürgern an die jeweils dafür zuständige am besten geeignete Beratungsstelle zu verweisen. Dabei sollte eine verbindliche Verweisung erfolgen und kein „Verweisungstourismus“ praktiziert werden.

→ 3. Modellhaft ist zu erproben, wie die verschiedenen Beratungsstellen verpflichtet werden können, über Art und Umfang ihres Beratungsangebotes regelmäßig die Clearinginstanz zu informieren. Daher wird es vor allem darum gehen, Vernetzungsmodelle für eine Verbesserung der Patientenberatung zu erproben. Schon während der Phase der Modellversuche sollte durch einen gemeinsamen Arbeitsausschuss auf Bundesebene sichergestellt werden, dass eine einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Beratungsarbeit stattfindet, Problemlagen aus der individuellen Beratung artikuliert werden und ein Minimalstandard an Evaluationskriterien der unterschiedlichen Modellprojekte angewandt wird.

→ 4. Die unter 2. vorgeschlagenen Modellvorhaben mit Informations-, Clearing- und Beratungsfunktion können, müssen aber nicht in einer Institution oder von einem Träger realisiert werden. Arbeitsteilung ist denkbar, auch wenn dafür ein weiterer Vernetzungsbedarf entsteht. Auch können Modelle erprobt werden, in denen Unabhängigkeit durch unterschiedliche Einbindung von Leistungs- und Kostenträgern bzw. von patientenorientierten Unterstützungsinstanzen erprobt wird. Die Ergebnisse unterschiedlicher Modelle sollten auf ihren Effekt für die Stärkung der Patienten Anliegen und für die Akzeptanz in der Bevölkerung hinsichtlich Unabhängigkeit, Neutralität, Niederschwelligkeit und Fachkompetenz hin evaluiert werden. Die finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand an der langfristigen Absicherung der Clearinginstanzen sollte geprüft werden.

→ 5. Clearing-Stellen für die Patienten- und Verbraucherberatung in der oben beschriebenen Form sollten auf regionaler und überregionaler Ebene erprobt werden. Sie sollten mit den bereits existierenden Patienten-Informations-Zentren, Verbraucher-Zentralen, Gesundheitsinitiativen und -konferenzen vernetzt werden.

→ 6. Bei allen Modellvorhaben sollte darauf geachtet werden, verbesserte Strukturen für die Formulierung, Bündelung und Thematisierung der Vertretung von Patienten Anliegen zu erproben. Wir halten die bestehenden Institutionen der Patientenvertretung nur für begrenzt legitimiert. Wir halten es für sinnvoll, neben parlamentarischen Vertretungsformen auch solche weiter zu entwickeln, bei denen Selbsthilfegruppen und Patienteninitiativen, Selbsthilfekontaktstellen, Verbraucher-Zentralen und bestehende Einrichtungen wie die Landesarbeitsgemeinschaften „Hilfe für Behinderte“ und die Sozialverbände einbezogen werden.

→ 7. Alle Einrichtungen der Patienten- und Verbraucherberatung sollten sich an den folgenden Kriterien und Standards messen lassen:

- Die Beratung muss vorurteilsfrei und offen für alle bewährten und erprobten Behandlungen bzw. Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsprodukte sein;
- Ziel soll die Stärkung der Souveränität, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe sein;
- Bevölkerungsgruppen mit geringer sozialer und kultureller Integration sollten besonders sensibel angesprochen werden;
- die Zugangsschwellen zu den Einrichtungen sollten niedrig sein, auch durch gute telefonische Erreichbarkeit und angemessene Öffnungszeiten; die Beratungseinrichtungen sollten mit lokalen Gesundheitsinitiativen eng verzahnt sein, um kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung mit zu beeinflussen;
- die Beratungsstellen sollten unabhängig von den institutionellen Interessen der Leistungsanbieter oder Kostenträger des Gesundheitswesens arbeiten.

→ 8. Zur ergänzenden Unterstützung aller Aktivitäten der Patienten- und Verbraucherberatung sollte die Information und Aufklärung über Massenmedien erfolgen. Wir halten es für sinnvoll, bei Zeitungen, Rundfunk- und Fernsehstationen das spezifische Angebot der gesundheitlichen Beratung weiter auszubauen und durch fachkundige Selbstkontrollgremien zu begleiten.

→ 9. Ähnliches gilt für das Angebot über das Internet, dem in den nächsten Jahren eine zentrale Rolle für die Gesundheitsberatung und -kommunikation für alle Bevölkerungsgruppen zukommen wird. Aufgabe der Patienten- und Verbraucherberatung sollte es sein, alle Bevölkerungsgruppen in die Nutzung dieser neuen Medien einzuführen, um ein Informationsgefälle zwischen mehr und weniger kompetenten Bevölkerungsgruppen zu vermeiden. Wir halten es für wünschenswert, dass durch ein unabhängiges Gremium vorbildliche Initiativen und Programme der Patienten- und Verbraucherberatung regelmäßig prämiert werden.

→ 10. Wir halten es für sinnvoll, dass bei der konkreten Ausgestaltung der Modellvorhaben eine unabhängige Sachverständigenkommission hinzugezogen wird. Diese Kommission sollte Vorschläge unterbreiten, wie die im Gesetz geforderte Neutralität und Unabhängigkeit der Verbraucher- oder Patientenberatung eingelöst werden kann. In die Kommission sollten unbedingt Vertreter von Patientinnen und Patienten sowie Verbrauchervertreter einbezogen werden, die das Spektrum der verschiedenen Zusammenschlüsse repräsentieren.

Anhörung in Berlin

von Jürgen Große

Nachdem der Termin schon einmal verschoben wurde, fand am 15. März 2000 in Berlin die öffentliche Anhörung zur 10. AMG-Novelle statt. Thomas Schulz nahm daran als Vertreter des VDPP teil, ich war von der PDS als Einzelsachverständiger benannt worden.

Es ging bei dem Gesetzentwurf im wesentlichen darum, dass die '2004-Regelung', die mit der 8. AMG-Novelle beschlossen wurde, rückgängig gemacht werden musste, da sie nicht mit EU-Recht vereinbar ist. Die Europäische Kommission sah darin eine Bevorzugung der heimischen pharmazeutischen Industrie und einen Verstoß gegen EU-Richtlinien, so dass eine Änderung zwingend erforderlich wurde, wollte man hohe Strafzahlungen der Bundesrepublik vermeiden. Einzelheiten sind der Stellungnahme des VDPP und der des Autors zu entnehmen.

Thomas und ich trafen uns am Bahnhof Zoo, um zu besprechen, wer wann was sagt, wenn er denn überhaupt gefragt werden sollte. Bei der Anhörung zur "GKV-Gesundheitsreform 2000" im Herbst des vergangenen Jahres saßen Thomas und Katja zwar in einer der vorderen Reihen, wo man sie eigentlich nicht hätte übersehen können. Da die Absprache mit den Abgeordneten der Regierungskoalition aber etwas zu wünschen übrig ließ, blieben sie dazu verdammt, der Anhörung stumm wie ein Fisch zuzuhören, die SPD befragte lieber die GKV-Vertreter, die letztlich alle das Gleiche erzählten, während die Opposition sich von den Industrie- und Ärztesfunktionären dutzendfach das Gleiche vortragen ließ.

Wir wollten diesen misslichen Umstand, dass Thomas nur eine gute Figur macht, man ihn aber nicht anhört, vermeiden, dass ich Thomas ein paar Minuten meiner Redezeit abtrat, in der praktischen Umsetzung hätte dies bedeutet, dass die PDS-Vertreterin im Ausschuss nicht nur mich als Einzelsachverständigen sondern auch Thomas als Verbandsvertreter befragt. Mir wäre es recht gewesen, denn so sehr abendfüllend ist die 10. AMG-Novelle nun auch nicht.

Anfangs sah es auch wirklich fast so aus, als würde man den VDPP kaum zur Kenntnis nehmen, die Abgeordneten wirkten irgendwie gehetzt, Thomas unterhielt sich wie im Herbst lediglich ein paar Millisekunden mit Horst Schmidbauer.

Eine positive Überraschung war allerdings die Zusammensetzung der Sachverständigen, neben uns waren auch zwei Vertreter der BUKO-Pharmakampagne anwesend (wie bei uns eine Verbandsvertreterin und ein Einzelsachverständiger), außerdem war als Vertreter der AGV Thomas Isenberg da und last but not least Professor Schönhöfer. Es kam also fast so etwas wie eine Heimspiel-Atmosphäre auf.

Und so sollte die Anhörung auch fast ablaufen. Die Abtretung von ein paar Minuten meiner Redezeit war völlig überflüssig, da Thomas sowohl von der SPD als auch von den Grünen befragt wurde. Der Ausschussvorsitzende schaute zwar immer zu mir, nachdem eine Frage an den VDPP-Vertreter gerichtet wurde, doch Thomas antwortete und äußerte sich informiert und engagiert zu den Fragen der Kennzeichnung von Alt-Arzneimitteln.

Um nicht in Vergessenheit zu geraten, nahm er auch die Abgeordneten der Opposition aufs Korn und wies zurecht darauf hin, dass diese es während ihrer Regierungszeit versäumt hätten, das BfArM personalmäßig ausreichend auszustatten, womit sie neben der Industrie die Hauptverantwortung für Verzögerungen im Nachzulassungsverfahren trögen. Damit zog sich Thomas einige Unmutsäußerungen aus den Reihen von CDU/CSU und FDP zu. Auch der sozialdemokratische Ausschussvorsitzende sah sich veranlasst, Thomas zur Mäßigung bezüglich politischer Wertungen aufzufordern.

Insgesamt fielen die Proteste der Oppositionsabgeordneten aber eher mäßig aus, ich hatte schon Schlimmeres erlebt, als Dr. Möbius fast gelyncht wurde, weil er industriefreundliche Änderungen bei der Festbetragsregelung mit Metaphern beschrieb, die an die Grenze BRD-DDR erinnerten.

Mein eigener Beitrag fiel dann etwas weniger spektakulär aus. Angesichts dessen, dass die Industrievertreter sowie der Bundesrat sich für eine Verlängerung der im Entwurf vorgesehenen Fristen aussprachen, sprach ich mich für ihre Verkürzung aus, da die Industrie schließlich lange genug Zeit hatte, ihre Produkte AMG-konform zu gestalten.

Interessant war, dass das Thema für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (oder war es die Bundesärztekammer?) nicht wichtig genug war, um einen Vertreter zu entsenden, auch die Krankenkassenverbände hielten sich bei der Anhörung sehr zurück. Stattdessen waren es kleinere Ärztevereinigungen (Homöopathen, Hufeland-Gesellschaft), die sich – befragt durch die CDU/CSU – gegen den Entwurf aussprachen. Das ist insofern nicht uninteressant, als dass die Hufeland-Gesellschaft z. B. bei der zur Gesundheitsreform 2000 von den Grünen befragt wurde, hier wäre vielleicht ein Anknüpfungspunkt für schwarz-grüne Gemeinsamkeiten in der Gesundheitspolitik, wenn es denn einmal zu so etwas kommen sollte.

Was hat es gebracht? Man hört uns immerhin zu, der VDPP ist in Berlin durchaus bekannt. Kritische Stimmen in der Gesundheitspolitik, sei es der VDPP, sei es die BUKO-Pharmakampagne oder die AGV, finden mehr Gehör, als zu Zeiten der christlich-liberalen Koalition. Fühlte ich mich früher bei den Anhörungen ziemlich einsam unter den Lobbyisten, so waren es diesmal fast ein halbes Dutzend Vertreter uns nahe stehender Gruppen.

Herausgekommen ist dabei allerdings wenig. Während der Rundbrief gedruckt wird, wird die 10. AMG-Novelle durch den Bundesrat endgültig verabschiedet werden, die Fristen des ursprünglichen Entwurfs sind verlängert worden, so dass de facto wohl so etwas wie eine 2003-Regelung herauskommen wird. Was letztlich beschlossen wurde, hätten auch CDU/CSU und FDP nicht wesentlich anders gemacht, auch sie hätten sich an die Vorgaben der EU halten müssen. Dies liegt nicht nur an den Mehrheitsverhältnissen im Bundesrat, es hat auch etwas mit dem Einfluss sozialdemokratischer Landespolitiker zu tun, denen die Unternehmen im eigenen Bundesland näher stehen als die eigene Bundestagsfraktion.

Stellungnahme des VDPP zur 10. AMG-Novelle

Hamburg, den 3.3.2000

Seit 22 Jahren gilt in Deutschland ein Arzneimittelgesetz (AMG), das von Arzneimitteln den Nachweis der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit fordert. Ebenso lange werden Arzneimittel, deren Wirksamkeit und Unbedenklichkeit **nicht** nach dem gesetzlich vorgesehenen Verfahren geprüft wurden, verkauft. Ursprünglich wurde den Herstellern eine 13-jährige Übergangsfrist eingeräumt (bis 1990), in der die sogenannte Nachzulassung erfolgen sollte. Die ständige Verlängerung der Frist führte dazu, dass noch immer ungeprüfte Altarzneimittel ohne regelgerechte Zulassung verkauft werden können, eine Praxis, die von der EU-Kommission im Oktober 1998 gerügt wurde.

Der VDPP begrüßt die Maßnahmen der 10. AMG-Novelle, da hier der Schutz des Verbrauchers in den Vordergrund tritt und dem Patienten die Information über den Zulassungsstand des Präparates gegeben wird.

Wir halten es für essentiell, dass die Kennzeichnung, die in § 109 vorgeschrieben wird, nicht nur in die Packungsbeilage gedruckt wird, sondern auch auf der Verpackung erfolgt. Dies sollte mit geringem Aufwand z.B. in Form von Aufklebern möglich sein, wobei auf eine angemessene Schriftgröße zu achten ist.

Nach Ansicht des VDPP müssen die Verbraucher schon **vor** dem Kauf bei einem Blick auf die Verpackung erkennen können, ob es sich um Altarzneimittel handelt. Die Lektüre der Packungsbeilage erfolgt üblicherweise erst **nach** dem Kauf des Medikamentes, so dass die Entscheidungsfreiheit der Verbraucher empfindlich eingeschränkt wäre. Wir sehen in dieser Maßnahme keine "Stigmatisierung", wie von verschiedenen Seiten behauptet, sondern einen Informationsgewinn für die Verbraucher, die einen Anspruch auf qualitativ hochwertige Arzneimittel haben. Der VDPP erwartet von verantwortungsvoll handelndem pharmazeutischen Personal eine eindeutige Beratung in diesem Zusammenhang.

Es muss an dieser Stelle noch einmal klar und deutlich daraufhingewiesen werden, dass die Altarzneimittel **niemals** nach den Regeln des geltenden AMG auf Wirksamkeit und Unbedenklichkeit geprüft wurden und unser Wissen um diese Präparate eher anekdotischer Natur ist, ein Umstand der von interessierter Seite mit Begriffen wie "bewährt" o.ä. verschleiert wird.

Für die Hersteller der Altarzneimittel ist vor 10 Jahren eigentlich die Frist abgelaufen, in der sie die Unterlagen zur Pharmakologie und Toxikologie und zur pharmazeutischen Qualität ursprünglich hätten beibringen müssen. Damit standen seit Verabschiedung des AMG insgesamt 24 Jahre für die Erarbeitung der benötigten Unterlagen zur Verfügung, und die Firmen hatten sehr viel Zeit mit dem Verkauf der Präparate Geld zu verdienen.

Die engen Fristsetzungen, die in den §§ 25 und 105 vorgesehen sind, begrüßen wir im Sinne einer Beschleunigung des Verfahrens, sie sollten eigentlich auch im Sinne der pharmazeutischen Industrie sein. Es ist aus Sicht der Pharmazeuten und Verbraucher als Selbstverständlichkeit anzusehen, dass "entscheidungsreife" Anträge eingereicht werden.

Der VDPP unterstützt das geplante Verbot von Änderungsmöglichkeiten nach §105 Absatz 3a. Für die Präparate, die jetzt erneut in das Nachzulassungsverfahren gelangen, standen Jahrzehnte für den Erkenntnisgewinn zur Verfügung, dies sollte zu ausgereiften und vollständigen Anträgen geführt haben.

Wir treten der Ansicht entgegen, dass "der Nachweis der Unbedenklichkeit und Wirksamkeit nur mit unverhältnismäßig hohen Kosten erbracht werden kann" (*aus der Begründung des Bundesrates*). Es darf nach Meinung des VDPP kein Mehrklassensystem der Arzneimittelqualität geben, da auch "bewährte" Arzneimittel im Lichte neuer Erkenntnisse plötzlich für unerwünschte Arzneimittelwirkungen verantwortlich gemacht werden können. Firmen, die mit der Forderung dem AMG entsprechende Medikamente herzustellen überfordert sind, stellen eine Gefahr für die Verbraucher dar. Ein möglicher Verweis auf einen drohenden Arbeitsplatzverlust ist in diesem Zusammenhang unethisch.

Abschließend stellen wir fest, diese Maßnahmen sind lange überfällig und dringend erforderlich im Sinne des Verbraucherschutzes.

Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)

IMPRESSUM

Herausgeber: Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.,
Fleming-Apotheke • Grindelallee 182
D-20144 Hamburg Telefon • Telefax: 040 - 45 87 68
E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de
Internet: www.vdpp.de
Bankverbindung: Postbank Berlin BLZ 100 100 10
Kto. 200 47 - 105

Redaktion: Jürgen Große (verantwortlich)
Thomas Hammer
Bildredaktion: Dr. Thomas Schulz

Stellungnahme zum Entwurf eines Zehnten Gesetzes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes

(10. AMG-Novelle) BT-Drucksache 14/2292

von Jürgen Große

Das 1978 in Kraft getretene Arzneimittelgesetz sah außerordentlich großzügige Übergangsvorschriften für zum damaligen Zeitpunkt im Verkehr befindliche Arzneimittel vor. Den pharmazeutischen Herstellern war eine Frist bis zum Jahre 1990 gewährt worden, bis zu der sie AMG-konforme Wirkungsnachweise für ihre Präparate hätten erbringen sollen. Wenn wir uns z. B. einmal § 25 Absatz 2 Satz 2 anschauen ("Die Zulassung darf nach Satz 1 Nr. 4 nicht deshalb versagt werden, weil therapeutische Ergebnisse nur in einer beschränkten Zahl von Fällen erzielt worden sind."), sehen wir, dass die Zulassungshürden des deutschen Arzneimittelgesetzes im internationalen Maßstab gewiss nicht als überhöht angesehen werden dürfen.

Offensichtlich schienen viele Hersteller mit den Zulassungsanforderungen dennoch überfordert gewesen zu sein, deshalb wurden die Übergangsfristen mehrfach verlängert, zum Schluss schien mit der "2004-Regelung" eine pragmatische Lösung im Sinne der Hersteller gefunden worden zu sein. Diese Regelung, die bedeutet hätte, dass in der Bundesrepublik noch 26 Jahre nach dem Inkrafttreten des AMG Arzneimittel ohne geprüfte Wirksamkeit hätten vertrieben werden dürfen, ging nun der EU-Kommission zu weit.

Wenn die Auflagen der EU auch weniger aus Gründen des Verbraucherschutzes als vielmehr aus Gründen des Konkurrentenschutzes von Arzneimittelherstellern außerhalb des Geltungsbereiches des deutschen Arzneimittelgesetzes erfolgten, scheinen sie mir doch einen – wenn auch bescheidenen – Beitrag zum gesundheitlichen Verbraucherschutz zu leisten.

Zu den vorgesehenen Einzelheiten des Gesetzentwurfes:

In **Artikel I Ziffer 1** ist vorgesehen, dass § 25 Abs. 4 dahingehend geändert wird, dass die Frist zur Behebung von Mängeln im Zulassungsantrag sechs Monate in der Regel nicht überschreiten soll.

Diese Regelung erscheint sinnvoll. Die vom Bundesrat empfohlene Verlängerung auf zwölf Monate ist nicht sachgerecht. Eine Mängelbehebung innerhalb eines halben Jahres, sofern keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen, ist zumutbar. Soweit eventuelle Nachzulassungen von Altarzneimitteln betroffen sind, sollte auch bedacht werden, dass alle Fristverlängerungen, die den Marktaustritt letztlich nicht zugelassener Arzneimittel näher an das Jahr 2004 rücken lassen, nicht EU-konform sein dürften, und mit dem Risiko von Strafzahlungen für die Bundesrepublik verbunden sind.

Ziffer 2 und 3 sind lediglich redaktionelle Anpassungen, **Ziffer 4** enthält die notwendigen Anpassungen der Bußgeldvorschriften.

Ziffer 5 enthält eine Anzahl Änderungen zu § 105.

Der unter anderem in Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) und in b) bb) aaa) vorgesehenen klareren Definition dessen, was "homöopathische Arzneimittel" sind, nämlich solche, die nach den Vorschriften des Homöopathischen Arzneibuchs hergestellt sind, ist zuzustimmen. Bislang gab es dafür im AMG keine eindeutige Definition.

Die in Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) vorgesehene Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes für den Zulassungsverzicht erscheint ausreichend. Eine kürzere Frist, ebenso eine kürzere Abverkaufsfrist, erschiene mir aus Gründen des Verbraucherschutzes sinnvoll, wir sollten nicht vergessen, dass es um nicht auf ihre Wirksamkeit geprüfte Arzneimittel geht, und dass die Frist im Grunde nicht ein halbes Jahr bis zum Zulassungsverzicht plus zwei Jahre für den Abverkauf beträgt, in Wirklichkeit sind es seit 1978 schon 22 Jahre plus ein halbes Jahr plus zwei Jahre.

Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) sieht eine Einschränkung der Möglichkeiten vor, Zusammensetzung, Indikationen und Darreichungsformen zu verändern. Dies ist zu begrüßen, hat diese Möglichkeit in der Vergangenheit doch zu teilweise rational kaum noch nachzuvollziehenden Verwandlungen von Arzneimitteln geführt.

Die in Buchstabe d) enthaltene Verpflichtung, auch bei Nachzulassungsanträgen vollständige Unterlagen beizubringen ist zu begrüßen. Diese sogenannte "ex-ante-Verpflichtung" sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein.

Die in Buchstabe i) vorgesehene Begrenzung der Frist für die Beseitigung von Mängeln, analog der in Ziffer 1 vorgesehenen Regelung zu § 25 Abs. 4 erscheint zweckmäßig.

Auch die in Buchstabe k) vorgesehene Antragsfrist von sechs Monaten erscheint völlig ausreichend, einer Verlängerung, wie vom Bundesrat vorgeschlagen, ist nicht zuzustimmen.

Die in **Ziffer 6** vorgesehene Kennzeichnung nicht auf ihre Wirksamkeit hin geprüfter Altarzneimittel ist nicht ausreichend. Aus Gründen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes sollten nicht nur Packungsbeilage und Fachinformation sondern auch die Außenverpackung des Arzneimittels gekennzeichnet werden. Dies ist keinesfalls unpraktikabel, eine derartige Kennzeichnung kann beispielsweise auch durch Aufkleber vorgenommen werden, was bei Änderungen im Verschreibungsstatus von Arzneimitteln auch unproblematisch ist.

Die vorgesehene Frist von zwölf Monaten für die Kennzeichnung erscheint ebenfalls zu lang. Angesichts der Möglichkeit der Kennzeichnung durch Aufkleber und angesichts der durchschnittlichen Lagerumschläge bei Großhandel und Apotheken, erscheint mir eine Frist von sechs Monaten auf Hersteller-ebene und zwölf Monaten auf Großhandels- und Apotheken-ebene mehr als ausreichend.

Der Gesetzgeber ist um seine Aufgabe, gesundheitspolitische Altlasten zu beseitigen, nicht zu beneiden. Auf der einen Seite drohen zu Recht nicht unerhebliche Strafzahlungen seitens der EU, auf der anderen Seite wird der eine oder andere Hersteller sich möglicherweise auf Bestands- und Vertrauensschutz berufen und gegen die Neuregelungen klagen. Es ist auch nicht auszuschließen, dass beides erfolgt. Nicht nur angesichts dessen, dass sowohl eine rigideres als auch eine laxeres Gesetz für die Bundesrepublik teuer werden könnte, erscheint mir eine strikte Orientierung am Gesundheitsschutz der Bevölkerung die bessere Lösung zu sein.

Natürlich wird – ohne dass der Gesetzentwurf dies ausdrücklich vorsähe – eine gewisse Marktberreinigung durch die vor-

gesehenen Änderungen erfolgen. Diese ist zu begrüßen, schafft sie doch einerseits mehr Sicherheit für die Bevölkerung und setzt sie andererseits Ressourcen für sichere und geprüfte Arzneimittel frei. Soweit die Aufwendungen für die Nachzulassung bei einzelnen Arzneimitteln zu Preiserhöhungen führen, sollte uns eine sicherere Therapie dies Wert sein.

Für Arzneimittel, deren Hersteller auf die Zulassung verzichten, laufen die Fristen de facto wohl auf so etwas wie eine "2002-Regelung" hinaus, wenn das Gesetz in der Mitte dieses Jahres in Kraft treten sollte. Würde für Altarzneimittel die Frist nach § 31 Abs. 4 auf ein Jahr verkürzt, so käme man der EU etwas entgegen und leistete zudem noch einen sinnvollen Beitrag zur Arzneimittelsicherheit.

Bald Green Card für Pharmazeuten?

von Angelika Sotolongo

Vor einem künftigen Mangel an Pharmazeuten haben Teilnehmer des 3. World Meeting on Pharmaceutics, Biopharmaceutics and Pharmaceutical Technology gewarnt. Obwohl am Arbeitsmarkt ein Bedarf an Pharmazeuten besteht, würden immer mehr Institute geschlossen.

Wenn sich dies fortsetze, müssten nach EDV-Fachleuten bald auch Apotheker mit einer "Green Card" aus dem Ausland nach Deutschland geholt werden, sagte Prof. Rainer H. Müller vom Fachbereich Pharmazie der Freien Universität Berlin am Montag zu Beginn der internationalen Tagung in der Hauptstadt.

Apotheker hätten auf dem Arbeitsmarkt nur eine Arbeitslosenquote von zwei Prozent. Dazu werde der Bedarf an Pharmazeuten in den kommenden Jahren weiter steigen. Grund seien die Entwicklungen in der Biotechnologie und der bio-

technologischen Arzneimittelherstellung, erläuterte Müller. Den Universitäten warf er vor, nicht bedarfsgerecht zu planen. Schließungen pharmazeutischer Institute wie das der Berliner Humboldt-Universität brächten aufgrund des vergleichsweise teuren Studiums zunächst große Einsparungen. Dies verkenne jedoch die künftigen Entwicklungen des Arbeitsmarktes.

An dem viertägigen Kongress in Berlin nehmen rund 1 000 Pharmazeuten und Biotechniker aus 80 Ländern teil. Veranstalter ist die Mainzer Arbeitsgemeinschaft für Pharmazeutische Verfahrenstechnik (APV) sowie deren französische Partnergesellschaft Association de Pharmacie Galénique Industrielle (APGI).

Quelle: 3. World Meeting on Pharmaceutics, Biopharmaceutics and Pharmaceutical Technology

Chinesische Arzneimittel

von Udo Puteanus

Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW unterrichtete uns über eine Meldung aus dem BfArM, nach der gefährliche chinesische Arzneimittel per Internet angeboten werden. Es bat uns, gemeinsam mit den Amtsapothekern/Amtsapothekerinnen auf die Gefahr des Bezugs von Arzneimitteln via Internet wie auch auf mögliche Gefahren chinesischer Arzneimittel hinzuweisen. Dieses ist mit beiliegendem Entwurf einer Pressemitteilung inzwischen geschehen. Viele KollegInnen in den Kommunen haben die Meldung bereits in der Presse platzieren können.

In diesem Zusammenhang weisen wir auf die Ergebnisse der Arzneimitteluntersuchungsstelle im lögd zu chinesischen Drogen hin. Danach konnten in als Stephaniae tetrandae Rad. Akebiae Caulis (Mu Tong) deklarierten Drogen Aristolochiasäuren in teilweise erheblicher Konzentration gefunden werden. Bei diesen so bezeichneten Drogen handelt es sich nach

Erkenntnissen der Untersuchungsstelle offensichtlich um Verwechslungen.

In den Drogen Fruct. Aristolochiae Aristolochia fangji (Cocculus trilobus) konnten ebenfalls die krebserregenden Aristolochiasäuren nachgewiesen werden.

Weitere Informationen können von unserer Untersuchungsstelle gegeben werden.

Inzwischen wurde auch das Präparat Zhen Qi Jiang Tang Anti-Diabetic-Capsules in einer NRW-Apotheke gefunden. Im Beipackzettel steht: "Bestandteile: Pflanzenextrakte. Die Zusammensetzung wird geheim gehalten." Unsere Arzneimitteluntersuchungsstelle hat das Präparat untersucht und tatsächlich Glibenclamid und Phenformin nachweisen können. Eine Veröffentlichung ist in Vorbereitung.

Calix® - Speck-Killer-Kapsel

von Udo Puteanus

Aus einer Apotheke erreichte uns die Werbung für Calix Speck-Killer-Kapsel mit den üblichen unhaltbaren Versprechungen, "begeisterten Zuschriften" und Meldungen von amerikanischen "Professoren". Auch eine Amtsapothekerin in NRW bekam diese Information. Sie warnte ihre Apotheken vor Ort vor dem Verkauf des Präparates. Kurz darauf erhielt sie massive Drohungen von einem Rechtsanwalt der vertreibenden Firma. Leider steht die Behörde nicht hinter ihrer Amtsapothekerin und wird wohl den Rechtsstreit vermeiden wollen.

Unser Fachexperte im Iögd für Abgrenzungsfragen schrieb an die Amtsapothekerin: "Für die Einstufung von Produkten ist nach unbestrittener und vielfach gerichtlich bestätigter Praxis die objektive überwiegende Zweckbestimmung maßgeblich. Die subjektive Ansicht eines Herstellers oder Vertreibers, sein Produkt sei kein Arzneimittel, ist dagegen für die nach objektiven Kriterien vorzunehmende Einstufung nicht ausschlaggebend (BVerwG v. 24.11.1994 -3C2.93). Entscheidend ist gemäß BVerwG die Bestimmung des Produktes, wie sie einem durchschnittlich informierten Verbraucher gegenüber in Erscheinung tritt.

Auch der BGH (IZR 209/92 vom 19.01.1995) formuliert, dass „die allgemeine Verwendung seitens der Verbraucher“ maßgeblich für die Einordnung eines Produktes ist. Dem Verbraucher tritt das Produkt allerdings nur durch die massive Bewerbung als Speck-Killer-Kapsel mit einem neuen "Schlank-Molekül" entgegen - die genaue Zusammensetzung und mögliche sonstige Wirkung ist ihm unbekannt. Er muss also

davon ausgehen, dass es sich beim Produkt Calix um ein Schlankheitsmittel handelt.

Gemäß § 1 (1) LMBG 1974 sind "Stoffe, die überwiegende dazu bestimmt sind, zu anderen Zwecken als zur Ernährung oder zum Genuss verzehrt zu werden", keine Lebensmittel. Der Genusszweck entfällt hier bereits wegen der Darreichungsform 'Kapsel'. Ein Ernährungszweck, wenn er überhaupt vorhanden ist, tritt ganz offensichtlich weit hinter die propagierte Zweckbestimmung als Schlankheitsmittel zurück. Das Produkt ist somit kein Lebensmittel i. S. v. § 1 LMBG.

Damit entfällt für Calix die Ausnahmebestimmung des § 2 (3) Nr. 1 AMG, wonach Lebensmittel keine Arzneimittel sind. Vielmehr soll das Erzeugnis ganz unbestritten "die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktionen des Körpers" beeinflussen und ist somit eindeutig als Arzneimittel gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 5 AMG einzustufen. Als Fertigarzneimittel i. S. v. § 4 (1) 5 unterliegt es der Zulassung gemäß § 21 (1) AMG."

Soweit die Meinung des Experten.

Inzwischen wird ein weiteres (neues?) Produkt in der gleichen Aufmachung beworben: „Der erste Fettpolster - Pyrovatin-Extra schmilzt Fettpolster sofort!“. Erstaunlicherweise wird zur weiteren Information eine ziemlich ähnliche Telefonnummer angegeben wie bei Calix. Auch bei diesem Präparat gelten die gleichen Bedenken wie für Calix.

Immerfit Pollenschutzcreme®

von Udo Puteanus

Folgenden Text habe ich mit Kopie der Produktabbildung und mit dem Beipackzettel der VZ NRW zur Verfügung gestellt: **Immerfit Pollenschutzcreme®**
Völlig überzogen – Weiße Vaseline zum Phantasiepreis

Als völlig überzogen beurteilt die Verbraucher-Zentrale NRW den Preis für eine Salbe, die allergische Reaktionen gegen die derzeit fliegenden Pollen verhindern soll. Für das Präparat Immerfit Pollenschutzcreme® werde ein Preis von 19,95 DM verlangt, obwohl es nur 5 g "hochgereinigte Paraffine", also weiße Vaseline, enthält. In Apotheken werde Vaseline in Arzneibuchqualität für 0,81 DM abgegeben. Rechtzeitig zur Allergiesaison versucht der Anbieter, mit einem völlig überkauften Produkt die schnelle Mark zu machen. Die Salbe soll verhindern, dass Allergene mit den Nasenschleimhäuten in Kontakt kommen und allergische Reaktionen auslösen. Abgesehen davon, dass es unmöglich sei, seine Nasenschleimhautpartien in ihrer Gesamtheit mit Vaseline zu überziehen, könnten z. B. die Schleimhäute der Augen mit Vaseline nicht geschützt werden, so die Verbraucherschützer. Es bleiben also Angriffsflächen für Allergene; das Tränen der Augen wird nicht verhindert.

Die Schutzsalbe kann als Medizinprodukt angeboten werden, weil sie keine pharmakologische Wirkung im Körper entfaltet. Damit entfällt die Auflage für den Hersteller, durch klinische Prüfungen die Wirksamkeit zu beweisen, wie es für Arzneimittel vorgeschrieben ist. Die Verbraucher-Zentrale beurteilt das Präparat insgesamt als weitgehend nutzlos und vom Preis her als völlig überzogen.

Zum Facettenreichtum der Frauengesundheitsforschung - Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik

Public Health, Hrsg. (1998), Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Huber).

Im WS 1997/98 wurde von dem Arbeitskreis Frauen und Gesundheit des norddeutschen Forschungsverbundes eine Ringvorlesung zum Thema „Frauen und Gesundheit in Public Health und Gesundheitswissenschaften“ konzipiert und durchgeführt. Ziel war es angesichts defizitärer Strukturen, z.B. fehlender Professuren für Frauengesundheitsforschung das Thema Frauen und Gesundheit durch ein interdisziplinäres Diskussionsforum in Lehre, Forschung, Praxis und Öffentlichkeit fester zu verankern und einen kontinuierlichen Austausch von Wissenschaftlerinnen und Praktikerinnen zu ermöglichen. Die Ringvorlesung setzte sich zusammen aus acht Basisvorträgen, die an allen drei Standorten des norddeutschen Forschungsverbundes (Hannover, Bremen, Hamburg) zu hören waren sowie aus vier abschließenden regionalen Beiträgen, die an den einzelnen Orten variierten. Der vorliegende Band fasst alle Beiträge dieser Ringvorlesung zusammen und liefert so einen interessanten Überblick über aktuelle Themen, Theorien, Methoden und Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung in Deutschland. Aufgezeigt werden außerdem Defizite und Perspektiven einer frauengerechten Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Themenschwerpunkte der Ringvorlesung und damit auch des vorliegenden Bandes sind:

- Geschichte, Inhalte und Aufgaben der Frauengesundheitsforschung
- Methodische Aspekte der Frauengesundheitsforschung
- Sozialepidemiologische Frauengesundheitsforschung
- Soziale Lage, insbesondere Anruft und Gesundheit von Frauen
- Frauen, Arbeit (Erwerbsarbeit und Haus- und Familienarbeit) und Gesundheit Gewalt gegen Frauen und Mädchen Frauen als Patientinnen
- Frauen als Akteurinnen im Gesundheitswesen
- Folgen der aktuellen Gesundheitspolitik für Frauen

Der grammatikalisch ungewöhnliche Titel des Bandes „Frauen und Gesundheit(en)“ soll deutlich machen, daß es nicht die Gesundheit von Frauen gibt, sondern viele verschiedene Gesundheitsen, die bedingt sind durch die Vielfalt der Lebensformen, -entwürfe und -verläufe und den damit verbunden unterschiedlichen Einflüssen.

Das Buch untergliedert sich in einen ersten wissenschaftlichen und in einen zweiten praxisbezogenen Teil. Im ersten Teil werden Themen, Konzepte, methodische Fragen und beispielhafte Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung behandelt und um historische Aspekte ergänzt. Einleitend werden hier überblicksartig von Irmgard Vogt Stand, Geschichte und die Besonderheiten der Frauengesundheitsforschung in Deutschland beschrieben. Damit wird eine gute und notwendige Grundlage für die Einordnung der folgenden Einzel-

beiträge geliefert. Im Mittelpunkt des ersten Teils stehen neben grundlegenden theoretischen und methodischen Fragen der Frauengesundheitsforschung vor allem Fragen der Krankheitsentstehung und des Erhalts der Gesundheit. Im zweiten Teil werden spezielle gesundheitliche Risiken von Frauen und die Antworten des gesundheitlichen Versorgungssystems darauf beschrieben. Der Band wird abgeschlossen, indem Konsequenzen für die zukünftigen Aufgabenfelder der Frauengesundheitsforschung sowie einer frauenspezifischen Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik aufgezeigt werden.

Gemeinsam ist fast allen Beiträgen, daß sie ausgehend von einer kritischen Reflexion der bisherigen Forschung und Gesundheitspraxis die frauenspezifische Sichtweise des jeweiligen Themas herausstellen und Lösungsmöglichkeiten benennen. Heraus kommt ein Band, der den Facettenreichtum der Frauengesundheitsforschung aufzeigt. Gleichzeitig wird deutlich, mit welchen Problemen sich diese vergleichsweise junge Forschungsdisziplin herumschlagen muß.

So hat der leider traditionsreiche 'gender bias' bisheriger Gesundheits- und Sozialforschung, der in systematischer Form von Margit Eichler in dem Band dargestellt wird, zur Folge, daß angemessene Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Frauen genauso häufig fehlen, wie aussage- und interpretationsfähige geschlechterdifferenzierende Daten. Fast jeder Beitrag zeigt die enormen Defizite auf, die sich aus einer offenen oder verdeckt sexistischen Forschungspraxis ergeben. Defizite, die nicht nur die wissenschaftlich fundierte Bearbeitung eines Themas erschweren, sondern die auch unmittelbare Auswirkungen auf die Behandlung und gesundheitliche Versorgung von Frauen haben (anschaulich beschrieben beispielsweise bei dem Beitrag von Ulrike Maschewsky-Schneider zur Hormonsubstitution in der Menopause).

Die Frauengesundheitsforschung ist daher zu innovativer Kreativität geradezu gezwungen, gilt es doch, nicht nur die Defizite, sondern auch Forschungsalternativen aufzuzeigen. Viele der Einzelbeiträge tun dies in beeindruckender Weise, wie im folgenden beispielhaft für die Beiträge gezeigt werden soll, die sich im engeren oder weiteren Sinne mit dem Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit befassen. Ingeborg Jahn und Kolleginnen zeigen in ihren Ergebnissen einer sorgfältig angelegten Befragungsstudie in Bremen die Schwierigkeiten auf, die Besonderheiten unterschiedlicher weiblicher Lebensentwürfe zwischen Beruf und Familie forschungstechnisch in den Griff zu bekommen. Die gewählten Vereinbarungsmo delle (Kinder ja/nein, unterbrochene versus kontinuierliche Erwerbsbiographien) in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit zu erfassen, stellt höchste Anforderung

rungen an das Forschungsdesign und macht verallgemeinerbare Aussagen zum Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit schwer.

Der innovative Beitrag von Marianne Resch zeigt auf, wie die Forderung der Frauenforschung nach einem einheitlichen theoretischen Modell und vergleichbaren Analysen der gesundheitlichen Effekte der Erwerbsarbeit und der Haus- und Familienarbeit realisiert werden kann. Sie plädiert für eine Untersuchung der konkret ausgeführten Tätigkeiten in der Erwerbsarbeit und der Haus- und Familienarbeit auf der Grundlage eines einheitlichen Arbeitsbegriffs, der sich auf beide Arbeitsbereiche beziehen lässt und einheitlicher Dimensionen von arbeitsbezogenen Belastungen und Ressourcen. Sie zeigt auch auf, daß auf der Basis eines allgemeinen Modell menschlichen Handelns solche Dimensionen entwickelt und damit die Erwerbsarbeit und die Haus- und Familienarbeit endlich einer vergleichenden Untersuchung zugänglich gemacht werden können.

Der Beitrag von Birgit Babitsch macht deutlich, daß eine geschlechtsspezifische Betrachtung des Themas soziale Ungleichheit und Gesundheit, bei der die eigenständige Erwerbsarbeit eine Schlüsselstellung einnimmt geschlechtsspezifische Konzepte und Indikatoren bedarf, die bislang in den Sozialwissenschaften fehlten und erst in neuerer Zeit in die Diskussion gebracht wurden. Die klassischen Dimensionen sozialer Ungleichheit (Bildungsabschluß, beruflicher Status, Einkommen) sind mit zahlreichen Problemen behaftet, wenn differenzielle Aussagen zum Sozialstatus von Frauen zu treffen sind und berücksichtigt wird, daß es z.B. zahlreiche ältere Frauen gibt, die weder über einen Berufsabschluß noch über ein eigenes Einkommen verfügen. Neue Dimensionen sozialer Ungleichheit wie z.B. Arbeits-, Freizeit-, Wohn- und Umweltbedingungen, liefern hier die Möglichkeit, die Lebenssituation von Frauen präziser zu erfassen und den sozialen Gradienten in bezug auf gesundheitliche Risiken genauer zu analysieren. als (lies auf der Grundlage klassischer Indikatoren möglich war.

Der Beitrag von Siegrid Stöckel zur historischen Entwicklung der weiblichen Krankenpflege und Sozialarbeit liest sich wie die Geschichte des Widerstands gegen männliche Vorurteile und Macht, aber auch gegen die eigenen verinnerlichten weiblichen Rollen- und Geschlechtsstereotypen. Der Beitrag liefert eine wertvolle kritische Einschätzung der weiblichen Verführbarkeit zum Machtmißbrauch am Beispiel der 'Fürsorgearbeit' im Nationalsozialismus. Dargestellt wird die wechselvolle Entstehung einer typisch weiblichen Profession und die Besonderheiten helfender und sozialer Berufe auf der Grundlage christlicher und bürgerlich-ethischer Grundvorstellungen und Tugenden.

Hanneke van Maanen setzt das Thema Frauen in der beruflichen Pflege fort, in dem sie zukünftige Möglichkeiten und Perspektiven in diesem Berufsfeld durch die Etablierung der Studiengänge 'Pflegewissenschaft' an deutschen Hochschulen vorstellt. Auf der Grundlage eines umfassenden biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses sollte Pflege zukünftig neben den klassisch therapeutischen und rehabilitativen Interventionen auch Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention umfassen.

Ein besonderer Ansatz biographischer Gesundheitsförderung für Frauen im Handwerk wird von Annelie Keil vorgestellt. Die Lebenssituation von Frauen im Handwerk ist geprägt durch eine engmaschige Verflechtung von beruflicher

und familiärer Arbeit: Kundenbetreuung, Buchhaltung und Kontoführung werden parallel zu Haushalt und Kindererziehung ausgeführt, ein arbeitsfreies Wochenende ist selten, ein Urlaub bleibt oft ein unerfüllter Traum, für eigene Krankheiten bleibt keine Zeit. Daß in dieser Arbeits- und Lebenssituation die herkömmlichen Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung wirkungslos bleiben dürften, liegt auf der Hand. Annelie Keil berichtet daher von einer besonderen Herangehensweise, in deren Mittelpunkt die individuelle Auseinandersetzung der Frauen mit den Themen Verantwortung und Freiheit, mit Kontrolle und Loslassen bzw. Delegieren steht.

Betrachtet man nur den Teilausschnitt des Buches, der sich mit dem Themenfeld Arbeit/Beruf und Gesundheit von Frauen befaßt, zeigt sich zusammenfassend, daß im weiteren Umfeld der Frauengesundforschung in den letzten Jahren wichtige, neue Ansätze formuliert und Untersuchungen durchgeführt wurden. Allein dieses Forschungsfeld ist jedoch weit- aus komplexer, als in diesem Band wiedergegeben. Die interessierte Leserin hofft auf eine Fortsetzung der Ringvorlesung, die zukünftig vielleicht themenbezogen weiter in die Tiefe führen könnte. Für den Themenkomplex 'Arbeit und Gesundheit' wären Themen vorstellbar wie:

- Die gesundheitliche Situation von Frauen in verschiedenen Berufsfeldern
- Frauenspezifische Arbeitsbelastungen wie sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz
- Prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Gesundheit
- Neue Arbeitsformen und Gesundheit
- Frauenspezifische Aspekte betrieblicher Gesundheitsförderung
- Formen der familiären Arbeitsteilung und Gesundheit u.v.m.

Neben den bereits aufgeführten Beiträgen liefert der Band noch weitere höchst lesenswerte Artikel zu Problemen und Besonderheiten weiblicher Gesundheit, so z.B. Gewalt gegen Frauen und Mädchen (Carol Hagemann-White), Frauen als Patientinnen (Beate Schücking), ambulantes Operieren in der Frauenheilkunde (Hanna Hupke), Geschlechterunterschiede bei Depressionen (Uris Steinbach), Probleme der Inkontinenz (Christina Niedersstadt), neue Verfahren in der Pränataldiagnostik (Marianne Pieper) und der künstlichen Befruchtung (Regine Kollek), Krebsfrüherkennung (Marie-Luise Dierks) und Auswirkungen der Gesundheitsreform auf Frauen (Iris Bleyer-Rex u.a.). Bei vielen dieser Beiträge wird eines deutlich: Die Forderung nach frauenspezifischen Versorgungspraxis ist auf das Engste verbunden mit der Forderung nach einer humanen, sprechenden Medizin, die sich an den Interessen der Patientinnen orientiert.

Wer sich die durchaus lohnenswerte Mühe macht, alle Beiträge zu lesen, bekommt den Eindruck, daß sich die Frauengesundheitsforschung in Deutschland zunehmend als ein eigenständiges Forschungsfeld etabliert hat, und daß dieses Forschungsfeld darauf wartet, systematisiert und ausgebaut zu werden. Hierfür bedarf es dringend einer institutionellen und strukturellen Verankerung.

Wann kommt endlich die erste Professur für Frauengesundheitsforschung?

Dr. Antje Ducki, Universität Hamburg,
Psychologisches Institut 1, Arbeitsbereich Arbeits-, Betriebs- und Umweltpsychologie

Integration der Apotheken in die Netzwerke

Antrag zur Kammerversammlung der Apothekerkammer Hamburg

von Bernd Rehberg

Antrag der Apothekerkammer Hamburg an den Apothekertag in Köln 2000

Wir fordern die ABDA auf, aktiv in Verhandlungen mit dem Gesundheitsministerium, der Bundesvereinigung der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen einzutreten und die Integration der Apotheker in die Netzwerke zu bewirken.

Begründung: Liebe Kolleginnen und Kollegen, das Sozialgesetzbuch V gibt in § 140 a bis h die Möglichkeit eine integrierte Versorgung mit Hilfe eines Netzwerkes zu etablieren. Das Gesundheitsministerium gibt für die erfolgreiche Durchführung als Beispiel die Netzwerke in Hamburg St.

Pauli und in München an. In der Verordnung für die Netzwerke sind Apotheken als Beteiligte nicht vorgesehen. Das Ziel der Netze ist die verbesserte Versorgung der Patienten bei gleichzeitiger Kostenreduzierung. Dieses hohe Ziel ist in unserem Gesundheitswesen ohne die Apotheker und ihre aktive Beratung der Patienten / Kunden (siehe Asthma-Studie) nicht zu erreichen, wenn es nicht nur um alleinige Kostenreduzierung, sondern auch um eine verbesserte Versorgung der Bevölkerung gehen soll. Die Apotheker nicht mit einzubeziehen bedeutet, auf der Hälfte der Strecke stehen zu bleiben. Natürlich werden die Netzwerke über kurz oder lang erkennen, dass es ohne die Kompetenz der Apotheker nicht funktionieren wird. Aber das bedeutet nicht, dass wir es uns leisten können still zu stehen und abzuwarten. Das aber scheint zur Zeit die Politik der ABDA zu sein.

Aus der Geschäftsstelle

Das Herbstseminar ist dieses Jahr ein besonderes Ereignis, da der VDPP die Expo in Hannover besuchen wird. Der Termin steht noch nicht, wird aber im September oder Oktober liegen. Während dieser Exkursion wird der Themenpavillon 'Gesundheit' (eventuell unter den Schwerpunkten Arzneimittelexporte – 'Dritte Welt' und Globalisierung des AM-Marktes) besucht. Darüber hinaus soll die Welt-Apotheke der Expo besichtigt werden. Am Sonntag findet dann wahrscheinlich noch ein Nachtreffen statt. Sobald der Termin und die Rahmenbedingungen klar sind, geht eine Aussendung an alle Mitglieder raus. An dieser Stelle habe ich die Bitte entgegen sonstiger VDPP-Gewohnheiten, dass ihr euch schnellstmöglich zurückmeldet und den Beitrag bezahlt, da diese Veranstaltung nicht anders durchführbar ist.

Als weiterer Schwerpunkt in der Vereinsarbeit steht der Apothekertag vom 28. - 30. 9. 2000 in Köln an. Michael Höckel wird als Delegierter teilnehmen. Dir Michael einen herzlichen Glückwunsch zur Wahl in den Kammervorstand Hessen. Wer auch nach Köln fährt, vor allem Delegierte anderer Kammern, soll sich unbedingt bei Michael Höckel melden. Auf diese Weise ist es viel einfacher, gemeinsam mit dem Forum Leipzig Anträge zu formulieren. Ein Treffen des Forums zur Vorbereitung des Apothekertages findet am 18. 6. statt. Wer sonst noch Anträge hat, bitte bei Michael melden. Nur auf diese Weise können wir etwas erreichen.

Die nächste MV wird vom 15. - 17. Juni 2001 in Münster stattfinden. Udo Puteanus hat sich freundlicherweise (!) bereit erklärt, sich um den organisatorischen Teil zu kümmern. Gerne denke ich an die MV in Bonn zurück, die er damals auch mit organisiert hat. Also: unbedingt schon mal vormerken!

Im Anschluss an das Herbstseminar und an ein Treffen zwischen Vertretern von VDPP und Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände wurde beschlossen, eine Mailingliste zu Arzneimitteln betreffenden Fragen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zu bilden. Bislang stehen auf der Liste:

Bernd Rehberg: neptun@neptun-apotheke-hamburg.de

Christiane Hefendehl: Christiane.Hefendehl@t-online.de

Christl Trischler: heegbachapotheke@t-online.de

Dorothea Hofferberth: Aesculap-Apotheke@t-online.de

Dörte Meyer: MEYER@PARTNERS.DE

Isabella Sulger: isabellasulger@freenet.de

Jürgen Große: grosse@hanse-net.de

Jutta Frommeyer: eMail@igel-apotheke-bremen.de

Katrin Nink: katrin.nink@gmx.de

Michael Höckel: Hoeckel@t-online.de

Thomas Schulz: tschulz1@gwdg.de

Udo Puteanus: do.puteanus@loegd.nrw.de

Katja Lorenz: k-lorenz@foni.net

Wer seinen Namen vermisst, wende sich per E-Mail an Katja.

Für den Vorstand
Isabella Sulger

Wer die hier abgebildeten Ausgaben von "VDPP-aktuell"

schon in seiner Computer-Mailbox vorgefunden hat, braucht nicht weiter zu lesen, sie oder er kennt den neuen E-Mail-Informationsdienst des VDPP schon. Wer es noch nicht kennt, aber über einen Internet-Anschluss und eine E-Mail-Adresse verfügt, sollte sich bei Thomas Schulz (tschulz1@gwdg.de) melden, um in den Verteiler aufgenommen zu werden.

VDPP-aktuell soll keine Konkurrenz und schon gar kein Ersatz für den VDPP-Rundbrief sein, es stellt aber eine aktuelle Ergänzung dar. Seit März 2000 hat Thomas Schulz schon drei Ausgaben an die Mitglieder, deren E-Mail-Adressen dem Vorstand bekannt sind, herausgeschickt, viele weitere sollen folgen.

VDPP-aktuell soll nicht für aktuelle Informationen aus dem Vereinsleben genutzt werden, es soll auch die permanente Beteiligung möglichst vieler KollegInnen an allen Diskussionen im Verein ermöglichen.

VDPP-AKTUELL 1/2000

Nachrichten des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten vom 7. 3. 2000

Liebe Vereinsmitglieder, liebe Interessierte, mit dieser zwanglosen Internetinformation möchten wir Euch vom Vorstand aus zeitnah über die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik und im Verein informieren. Dies ist ein Pilotversuch und wir freuen uns über Euer Rückmeldung. Diese Mitteilungen sind KEINE Konkurrenz zum Rundbrief, der weiterhin wie gewohnt etwa fünfmal im Jahr erscheinen wird. Bitte teilt mir (Thomas Schulz) noch die e-mail-Adressen von VDPP-Mitgliedern mit, die NICHT im Verteiler (cc) stehen. Die e-mail-Adressen werden nicht nach aussen weitergeben!

GESUNDHEITSPOLITIK

10.AMG-Novelle

Die Anhörung zur 10. AMG-Novelle wird am 15. 3. 2000 stattfinden. Voraussichtlich wird der VDPP durch Thomas Schulz und Jürgen Grosse vertreten werden. Die wichtigsten Punkte der Novelle: Die Altmedikamente werden in der Packungsbeilage gekennzeichnet, die Fristen für Einreichung der Unterlagen sind sehr stringent gehalten und Verzögerungen durch Änderungsmitteilungen sollen ausgeschlossen werden. Der VDPP begrüßt die Novelle (Stellungnahme im Attachment als Word-Dokument), wobei wir eine Kennzeichnung AUF DER VERPACKUNG fordern. Die Verbraucher sollen VOR dem Kauf sehen, was sie erwerben.

Interview mit Frau Schaich-Walch in der DAZ (Nr. 7 vom 17. 2. 2000) Lesenswert ist das Interview mit der Bundestagsabgeordneten, die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD ist. Insbesondere die Fragestellungen sind aufschlußreich, wir haben zum Problembereich der 10. AMG-Novelle einen Leserbrief geschrieben, der eigentlich in der kommenden DAZ-Ausgabe vom 9.3.2000 erscheinen sollte.

VDPP INTERN

Die Mitgliederversammlung wirft ihre Schatten voraus. Die Einladungen sind verschickt und der Rücklauf war – wie vereinsüblich – verhalten enthusiastisch. Die Veranstaltung wird von der hessischen Regionalgruppe liebevoll vorbereitet und verspricht anregend und unterhaltend zu werden. Da keine Vorstandswahlen auf der Tagesordnung stehen, dürften auch

keine Ängste über unerwartete Ämterehren auftreten, wir erwarten Euch zahlreich in Riedstadt vom 7. bis zum 9. April 2000.

AKTUELLE TERMINE

Die Berliner Regionalgruppe trifft sich am 15.3. um 19.30 Uhr im Cafe Blisse, Blissestraße 14, Thema: Die weiteren Zusammenarbeitsmöglichkeiten mit dem Praxisnetz Berliner Ärzte.

Sonstige Termine lagen nicht vor.

SPENDENAUFTRUF

Der Verein hat DM 500 für die Fluthilfe von Medico-International gespendet, wir möchten aber auch jedes einzelne Vereinsmitglied um eine Spende für die Opfer der Katastrophe bitten, da nach dem Absinken des Wassers die Probleme der Überlebenden noch lange nicht gelöst sind:

Medico-International

Stichwort: Mosambik

Konto-Nummer 6999-508, Postbank Köln

BLZ 370 100 500

siehe auch <http://www.medico-international.de/>
aktuelle Berichterstattung unter
<http://www.taz.de/tpl/2000/03/06.fr/ibox>

PRESSEHINWEIS

<http://www.sueddeutsche.de/wissenschaft/tipp/Welcom.html>
zum Thema Arzneimittel aus dem Internet.

VDPP-AKTUELL 2/2000

Nachrichten des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten vom 5. 4. 2000

Liebe Vereinsmitglieder, liebe Interessierte, rechtzeitig vor der Mitgliederversammlung in Riedstadt (7.4. bis 9. 4. 2000) erscheinen die aktuellen Neuigkeiten.

GESUNDHEITSPOLITIK

10. AMG-Novelle

Die Anhörung zur 10. AMG-Novelle fand am 15. 3. 2000 in Berlin statt. Für den VDPP forderte Thomas Schulz die Kennzeichnung als 'Altarzneimittel' AUF DER VERPACKUNG. Von Seiten der Industrie und der ABDA wurde dem entgegengehalten, dass die Verbraucher verunsichert wären über den Begriff 'Altarzneimittel'. Weiterhin wäre das Arzneimittelinstitut – jetzt BfArM – für den Zulassungstau verantwortlich. Die Frage, wer in 16 der letzten 18 Jahre für die Ausstattung dieses Bundesinstitutes und für die verschiedenen Novellierungen, die die Situation kompliziert hatten, verantwortlich war, wurde im Rahmen der Anhörung kurz erwähnt. Für die Nichtinsider, es handelt sich um die Partei mit dem großen "C" im Namen.

Jürgen Große stellte fest, dass die Fristen, die in der Novelle vorgesehen sind, keine Probleme für die Firmen darstellen sollten, da sie in den letzten 22 Jahren ausreichend Zeit zur Vorbereitung hatten. In der aktuellen PZ vom 30.3.2000 findet unsere Forderung zumindest Erwähnung. Der Leserbrief zum Interview mit Frau Schaich-Walch ist am 23. 3. 2000 in der DAZ erschienen.

ARZNEIMITTEL AKTUELL

Das Buch der Stiftung Warentest wurde u.a. vom VDPP-Mitglied Gerd Glaeske herausgeben. Es wird viel darüber diskutiert, leider ist es z. Z. nicht lieferbar.

VDPP-AKTUELL 3/2000

Nachrichten des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten vom 5. 5. 2000

Liebe Vereinsmitglieder, liebe Interessierte, die Mitgliederversammlung in Riedstadt war ein voller Erfolg! Dank an dieser Stelle an Wolfgang und Sabine Richter für die Organisation vor Ort und für die Informationen zum bestehenden Netz. Es gibt einen zweiteiligen Fotoreport von der Veranstaltung, der per e-mail (tschulz1@gwdg.de) bestellt werden kann. Das wird wegen der Größe der Files gemacht, die dann als Attachment kommen. Es handelt sich um ca 1,6 MB und einige Provider brauchen ewig und drei Tage für solche Pakete.

GESUNDHEITSPOLITIK

10. AMG-Novelle

Einen Bericht zur Anhörung zur 10. AMG-Novelle findet man im neuesten Rundbrief der BUKO-Pharmakampagne, der auch unsere Kritik ausführlich wiedergibt.

Laut PZ vom 4. 5. 2000 soll die abschließende Beratung im Gesundheitsausschuss am 10.5.2000 stattfinden, im Anschluss

SUMPFBLÜTEN DES ARZNEIMITTELMARKTES

Vielleicht sollten wir dies als ständige Rubrik einführen ... Ein aktuelles Beispiel sind Ibuprofen-Brausetabletten: In der Bildzeitung werden Less-Brausetabletten beworben: 50 Stück zu DM 62,80, 100 Stück zu DM 116 Wirkstoff: 400 mg Ibuprofen.

Es stellt sich die Frage, wie sinnvoll sind so große Packungen mit einem recht hoch dosierten Schmerzmittel. Für eine Behandlung akuter Beschwerden wäre eine Packung zu 20 Stück vollkommen ausreichend. Abgesehen davon ist der Preis sehr hoch, zum Vergleich 50 Ibuprofen 400 Stada kosten DM 20,90 und die 50er Packung "Novogent 400" gibt es zu DM 24,35. Es wird an die Erarbeitung einer Presseerklärung zusammen mit der AGV gedacht, auf der MV werden wir wahrscheinlich klären, wer es machen will, Interessenten können sich aber gern melden!

VDPP INTERN

Jetzt noch schnell zur Mitgliederversammlung! Wir freuen uns über regen Besuch bei der MV in Riedstadt. Das Schwerpunktthema "Vernetzte Apotheken" sollte als praxisrelevanter Magnet wirken ...

Wir erwarten Euch zahlreich in Riedstadt vom 7. bis zum 9. April 2000.

AKTUELLE TERMINE

Die Berliner Regionalgruppe trifft sich erst wieder im Mai, Details werden im nächsten VDPP-aktuell angekündigt. Sonstige Termine lagen nicht vor.

LITERATUREMPFEHLUNG

Isabella empfiehlt die Lektüre des Zeitartikels

<http://www.archiv.zeit.de/daten/pages/9646.gesundheitswesen.html>

zum Thema Rationierung im Gesundheitswesen, einen weiteren Artikel aus der TAZ zur Thematik wird sie auf jeden Fall zur MV mitbringen.

darin findet die zweite und dritte Lesung der Novelle am 12. 5. 2000 im Bundestag statt. Dann könnte das Gesetz am 19. 5. 2000 in den Bundesrat gehen und am 1. 6. 2000 in Kraft treten. Bei abzusehender Ablehnung durch den Bundesrat kann der Bundestag diese mit einfacher Mehrheit zurückweisen, dann würde das Gesetz am 1.7.2000 in Kraft treten. Laut Fachpresse soll die sechsmonatige Mängelbeseitigungsfrist auf 12 Monate ausgedehnt werden. Weiterhin wird die Formulierung 'Altarzneimittel' nicht mehr in dem Zusatz auf dem Beipackzettel verwendet. Es heißt nun: 'Dieses Arzneimittel ist nach den gesetzlichen Übergangsvorschriften in Verkehr, die behördliche Prüfung auf pharmazeutische Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit ist noch nicht abgeschlossen.' Unsere Forderung nach Kennzeichnung AUF der Verpackung, die auch vom AGV unterstützt wurde, hat keinen Eingang in die überarbeitete Novelle gefunden.

ARZNEIMITTEL AKTUELL

Sumpfb Blüten des Arzneimittelmarktes

Obwohl es sich strenggenommen nicht um ein Arzneimittel handelt (es ist ein Medizinprodukt) ist 'Immerfit Pollenschutz-

creme Simaroline' der heißeste Anwärter auf den Titel 'Scheiß des Monats'. Fünf (5!!!) Gramm Vaseline werden für DM 19,95 verkauft. Innerhalb des VDPPs gab es dazu schon entsprechende e-mail-Korrespondenzen, ebenso wie eine Warnung des Arzneitelegramms. Am 2.5.2000 erschien im Wissenschaftsteil der Süddeutschen Zeitung ein ausführlicher Artikel zum Thema, den sich der/die Interessierte unter:

<http://www.szarchiv.de/>

STICHWORTE: Vaseline UND Gold - SUCHZEITRAUM: die letzten 14 Tage ansehen und aus dem Netz laden kann.

Informationsverbund zu Arzneimittelfragen

Auf der Mitgliederversammlung wurde beschlossen, einen Verteiler anzulegen, der die Mitglieder über aktuelle Entwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt, so wie im oben genannten Beispiel, informiert und eventuell weitere Hintergrundinformationen abfragt. Ziel soll es sein, dass wir als Apotheker und Apothekerinnen eine fundierte Meldung z.B. an die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher oder Verbraucherschutzzentralen weiterleiten. Diese Einrichtungen freuen sich über eine fachliche Zuarbeit. Bislang hat sich eine Liste etabliert, die hier aufgeführt ist.

Wir wollen davon absehen die VDPP-Mitglieder ungefragt mit diesen Korrespondenzen zu beglücken, daher muß von Euch eine aktive Meldung erfolgen, dass man Interesse hat, auf dieser Liste zu erscheinen und in diesen Verteiler zu gelangen. Die Liste wird ausschließlich vereinsintern verwendet. Meldungen bitte an: tschulz1@gwdg.de.

Bisherige Teilnehmer:

Bernd Rehberg: neptun@neptun-apotheke-hamburg.de

Christiane Hefendehl: Christiane.Hefendehl@t-online.de

Christl Trischler: heegbachapotheke@t-online.de

Dorothea Hofferberth: Aesculap-Apotheke@t-online.de

Dörte Meyer: MEYER@PARTNERS.DE

Isabella Sulger: isabellasulger@freenet.de

Jürgen Große: grosse@hanse-net.de

Jutta Frommeyer: eMail@igel-apotheke-bremen.de

Katja Lorenz: k-lorenz@foni.net

Katrin Nink: katrin.nink@gmx.de

Michael Höckel: Hoeckel@t-online.de

Thomas Schulz: tschulz1@gwdg.de

Udo Puteanus: udo.puteanus@loegd.nrw.de

HERBSTSEMINAR

Das Herbstseminar soll am 16./17. September in Hannover stattfinden, bitte den Termin vormerken! Für Samstag ist ein Besuch der EXPO vorgesehen, mit besonderer Würdigung der Weltapotheke und des Themenpavillons Gesundheit. Am Sonntag soll es dann weitergehen, hier sind noch Planungen mit der BUKO-Pharmakampagne im Gange.

AKTUELLE TERMINE

Der Gesundheitstag findet vom 31.Mai bis 4. Juni in Berlin statt. Infos unter <http://www.gesundheitstag.de>

Der VDPP wird auch präsent sein.

Die Berliner Regionalgruppe trifft sich am 17.5.2000 um 20 Uhr im Cafe Blisse (Blissestraße, Nähe des gleichnamigen U-Bahnhofes).

Sonstige Termine lagen nicht vor.

Protokoll der Vorstandssitzung vom 7. November 1999 in Hamburg

Anwesende: Udo Ament, Christiane Hefendehl, Michael Höckel, Katja Lorenz

Gäste: Jürgen Große, Thomas Hammer, Gudrun Hahn zu Punkt 9

Entschuldigt: Isabella Sulger, Thomas Schulz

Ort: Jürgen Große, Mesterfeld 17, 22523 Hamburg

Beginn: 10 Uhr

Vorläufige Tagesordnung:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens
4. Beschlusskontrolle
5. Bericht aus der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht
7. Berichte aus den Regionen
8. Nachlese Herbstseminar 1999
9. Nachlese Ausstellung und Apothekertag
10. Endgültige Verabschiedung des Programms
11. Gesundheitsreform 2000, der aktuelle Stand
12. Gesundheitstag 2000, Vorbereitung
13. Rundbrief und Redaktionsarbeit
14. Homepage und Diskussion der Öffentlichkeitsarbeit
15. Verbindung zu den Fachschaften
16. Verschiedenes

TOP 1 Wahl von VL und PF

Protokoll: Christiane Hefendehl

Diskussionsleitung: Michael Höckel

TOP 2 Genehmigung der Tagesordnung

Als zusätzlicher Punkt wird der Bericht über die VDÄÄ-Jahreshauptversammlung aufgenommen.

TOP 3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens angenommen

TOP 4 Beschlusskontrolle

4.1. Im Zusammenhang mit unseren Pressemitteilungen weist Michael auf die PZ-Verbändeseite hin – ist ein Raum auch für den VDPP s. Nr. 40/S. 68. An dieser Stelle zeigte sich wieder einmal das Fehlen eines Logos, eine Integrierung wäre sicher auch für uns möglich, es steht aber nichts Adäquates zur Verfügung.

4.2. Anschreiben Fachschaften – ungeklärt s. a. Extrapunkt Kommunikation

4.3. Adressenliste ist verschickt worden – die vorliegende Liste sollte anders formatiert werden. Michael kontaktiert Gudrun deswegen

4.4. Beschlussordner – ungeklärt/ Übergabe an Isabella

TOP 5 Bericht aus der Geschäftsstelle

5.1. Stadtpunkte – die Zeitschrift ist eher uninteressant/ ev. kann Gudrun sie weiterhin grob durchschauen, **ob etwas Interessantes auftaucht**

5.2. Mabuse – Adressenänderung muss mitgeteilt werden/CH

5.3. Pharmabrief – bietet das Buch "Wechselwirkungen" als Prämie für neue Mitglieder an

TOP 6 Kassenbericht

Udo erläutert den Kassenbericht, sowie die Probleme. Die Bilanzsumme bezieht sich auf drei Quartale.

TOP 7 Berichte aus den Regionen

7.1. Hamburg: nichts besonders, "schwächelt" ein bisschen

7.2. Berlin: Der Fragebogen zu den Wechseljahren geht jetzt nach etwas Verzögerung in Druck/ zur Aktivierung der Gruppe soll es einen Themenabend Anfang 2000 geben, geplant ist "Praxisnetze" mit Dr. Dreykluft als Referent, zu diesem Abend sollen alle schriftlich eingeladen werden

7.3. Hessen: Die Gruppe hat eine Nachlese zum Apothekertag gehalten, wichtige Themen zudem die Mitgliederversammlung 2000 sowie der "Filz der Standesführung" in Hessen. Das nächste Treffen findet im Dezember statt.

7.4. Michael berichtet von einem offenen Treffen von Apothekern, das Interesse am VDPP sei durch die Ausstellung und den Apothekertag geweckt worden. Michael betont die Wirksamkeit bei öffentlichen Auftritten den Verein zu erwähnen und sich als Mitglied zu erkennen zu geben!

TOP 8 Nachlese Herbstseminar 1999

Einer der Referenten (Albrecht/SPD) hatte kurzfristig abgesagt. Die Veranstaltung war informativ, aber trotz vieler Bemühungen sehr wenig konkret. Angedacht wurden u.a. ein Marktcheck in Zusammenarbeit mit AGV und ABDA. Kurzfristig soll erst mal ein intensiveren Austausch von VDPP und AGV aufgebaut werden. AGV will gerne Input im Sinne "Scheiß des Monats", was ist gerade hip etc. K. Nink soll als Kontaktfrau fungieren. Es soll eine E-Mail-Kontaktliste erstellt werden.

TOP 9 Nachlese Ausstellung und Apothekertag

Gast: Gudrun Hahn/Frauenausstellung

9.1. Die Frauenausstellung hat Aufmerksamkeit erregt. Allerdings haben weder die PZ noch Friese in der Eröffnungsrede den Zusammenhang Ausstellung/VDPP gezogen. Andere Aktionen zum Thema Frauenstudium: Es gab eine Tages-PZ zu 100 Jahre Frauenpower/ die ABDA verteilte 100 rote Rosen an Apothekerinnen.

Die Veranstaltung am Samstag Abend wurde von 22 Leuten besucht. Sie diente zur Kontaktpflege, neue Gesichter tauchten leider nicht auf.

Der Apothekerverlag will ein Buch zum Thema herausgeben, der Vertrag liegt bereits vor.

Für eine eventuelle Vermietung der Ausstellung fehlen noch einige Copyrights, hier müsste noch Geld investiert werden. Dies soll noch geklärt werden. Die Vermietung könnte gegen Kostenerstattung möglich werden.

Insgesamt fehlt noch Geld. Ein Sponsoring für die Ausstellung ist leider nicht gelungen. Speziell für die Grafikerin musste mehr Geld ausgegeben werden. Die eingeplanten 3000 DM wären unter Selbstkostenpreis für die Grafikerin. Ein Grund ist die von 10 auf 14 erhöhte Seitenzahl. 5000 DM für die Grafikerin sind bereits bewilligt. Udo drängt in diesem Zusammenhang noch einmal auf möglichst saubere Finanzplanung! Für den Samstag Abend sind 600 DM angefallen sowie 800 DM für Diverses

9.2. Apothekertag

Die Anwesenden werteten den Apo-Tag als wichtiges Kontaktforum in Veranstaltungen und über Statements. Udo war bei der Veranstaltung des Forum Leipzig "Gesundheitsreform zu Prüfzwecken geöffnet" vertreten.

TOP 10 Endgültige Verabschiedung des Programms

Das Programm wurde verabschiedet. Katja macht eine Meldung für den Rundbrief. Jürgen/Gudrun kümmern sich darum, dass die Satzungsänderungen eingefügt werden Michael fragt bei Ricky wegen Layout/Druck und Kostenvoranschlag für 500 Exemplare nach. Als Format wird C4 (Briefumschlag) bevorzugt.

TOP 11 Gesundheitsreform 2000, der aktuelle Stand

Die Gesundheitsreform wurde "als Paket" an den Bundesrat gegeben und die nichtzustimmungspflichtige Teile herausgenommen, Michael will über das Büro Schmidbauer / Frau Lange für verbindlichere, verstärkende Einflussnahme sorgen. Frau Knoche soll kontaktiert werden (CH).

TOP 12 Gesundheitstag 2000, Vorbereitung

Zum Gesundheitstag gibt es noch nichts konkretes. Der Kontakt zu den KoordinatorInnen soll gehalten werden. (Katja / Christiane)

TOP 13 Rundbrief und Redaktionsarbeit

Der erste Rundbrief im neuen Layout ist gut angekommen, wenn auch natürlich nicht ohne Verbesserungswünsche. Zuviel Text mit zuwenig Bildern, die innere Struktur und Reihenfolge der Artikel ist nicht nachzuvollziehen. Die Vereins-Grundsätze sind weggefallen, diese sollen weiterhin gedruckt werden.

TOP 14 Homepage und

Diskussion der Öffentlichkeitsarbeit

14.1. Die Homepage sollte bearbeitungsfreundlicher werden. VDPP-aktuell (s. Vorschlag Thomas Schulz) macht erst Sinn, wenn der Internetauftritt gelungen ist. Eine Überarbeitung wird angestrebt. Es sollen drei Kostenvoranschläge eingeholt werden. Der Arbeitsauftrag wird von Christiane formuliert und an Ulf, Ricky und Susanne weitergeleitet.

14.2. Katja stellt die Kampagne gegen Panzer + Waffenexporte in die Türkei von der AG gegen Rüstungsexport im Netzwerk Friedenskooperative vor/ soll in den Dokumentationsteil des RB

14.3. Bundesverband der Pharmaziestudierenden Michael hat durch seinen Vortrag Kontakt mit T. Gerhard (Bundesverband der Pharmaziestudierenden), interessant ist das Projekt Pharmazeutische Betreuung des Verbandes (Pharmazeutische Betreuung in PJ integrieren / Qualitätssicherung in der Apotheke), dazu existiert ein Fragebogen, den die Pjler in Bezug auf ihre Ausbildungsstätte ausfüllen können. So könnte nach und nach eine Datenbank über die verschiedenen Ausbildungsstellen, den nächsten Pjlern helfen, eine gute Betreuung während des PJ zu erhalten. Zudem wird gehofft, dass der Fragebogen auch etwas Druck für die ArbeitgeberInnen im Sinne verbesserter Ausbildungsqualität im PJ werden kann. Von den Apothekerkammern gibt es zu diesem Projekt bisher keine Reaktion

TOP 15 Verbindung zu den Fachschaften

Der nächste Rundbrief soll nun endgültig mit einem Anschreiben an die Fachschaften (I.S.) verschickt werden. Katja kontaktet noch mal Isabella. Als allgemeiner Ansprechpartner steht Michael zur Verfügung. Michael ruft Petra Kolle wg. Kontakten an.

TOP 16 VDÄÄ Jahreshauptversammlung

Udo hat am 1. Tag der VDÄÄ-Jahrestagung teilgenommen. Es gab div. Arbeitsgruppen, Udo berichtete von U. Deppe: Unkontrolliertes wirtschaftliches Denken/ Kulturwandel in der Medizin. Die Schlagworte zu diesem Thema sind Oregon-Liste, ethische Komponente, steuerlich statt lohnfinanziert – mehr Infos gibt's im Rundbrief des VDÄÄ, Udo fragt wegen Exemplaren an.

Die Vorstandsdiskussion wird ohne Ergebnis vertagt, da mehr Zeit benötigt wird.

TOP 17 Verschiedenes

Die nächste Vorstandssitzung soll am 5. – 6. Februar in Kassel stattfinden.

EXTRA:

Kommunikation:

Es gab eine längere Diskussion zur Kommunikation innerhalb des Vorstandes. Hauptpunkte waren hierbei Zuverlässigkeit, Umgangston und Verfügbarkeit.

Es bleibt weiterhin ein Problem, dass nicht alle Vorstandsmitglieder in gleicher Weise in den Kommunikationsprozess einbezogen sind, da eine Vielzahl von Aktivitäten über Email laufen. Wenn es nicht möglich ist, alle Vorstandsmitglieder über E-Mail zu erreichen, muss darüber nachgedacht werden, wie alle ausreichend einbezogen werden können.

Mehr Zuverlässigkeit bei der Beantwortung von Anfragen etc. ist notwendig. Der/diejenige, die sich die Mühe zu einem Textentwurf o.ä. macht, muss zumindest eine kurze Bestätigung erhalten. Allerdings sollen persönliche Belange und Zeitbeschränkungen ausreichend berücksichtigt werden.

Protokoll der Vorstandssitzung vom 5. - 6. Februar 2000 in Kassel

Vorstandssitzung am 5. und 6. Februar 2000 bei Ildikó Szász und Michael Höckel, Parkstraße 47, 34119 Kassel, Tel. 0561 /17798.

Anwesend: Christiane Hefendehl (ab Sonntag), Thomas Schulz, Katja Lorenz, Michael Höckel, Isabella Sulger, Thomas Hammer (Redaktion)

Entschuldigt: Udo Ament

Beginn: 16.30 Uhr

Tagesordnung

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens
4. Beschlusskontrolle
5. Bericht aus der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht
7. Berichte aus den Regionen
8. MV 2000 am 8.4. und 9.4.00 in Frankfurt
9. Gesundheitstag 2000
10. Neues Programm, Layout, Druck
11. 10 AMG-Novelle
12. Öffentlichkeitsarbeit
13. Internetpräsentation
14. Verbindung zu den Fachschaften
15. Wanderausstellung "100 Jahre Frauenpharmaziestudium"
16. AGV-Arbeitsgruppe
17. Verschiedenes

TOP 1 Wahl von VL und PF

Katja Lorenz übernimmt die Versammlungsleitung, Isabella Sulger das Protokoll.

TOP 2 Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird angenommen.

TOP 3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens

Das Protokoll wird am Sonntag besprochen, da Christiane Hefendehl, die es verfasst hat, erst am Sonntag kommt.

Das Protokoll muss überarbeitet werden und wird dann an alle Vorstandsmitglieder gemailt.

TOP 4 Beschlusskontrolle

Isabella Sulger übernimmt von Katja Lorenz den Beschlussordner des Vorstandes und wird daraus eine Datei erstellen. Petra Kolle wird von Michael wegen der Kontaktaufnahme zur Hamburger Fachschaft Pharmazie angesprochen. Alle Vorstandsmitglieder erhalten 5 Rundbriefe zusätzlich. Die Auflage des Rundbriefs beträgt demnächst 230 Exemplare.

TOP 5 Bericht aus der Geschäftsstelle

Es wurden 5000 Leporellos zu den Wechseljahren gedruckt, wovon 2500 in Hamburg in der Geschäftsstelle sind und der Rest bei Katja Lorenz in Berlin. Sie gibt je 500 an die AOK und die Barmer weiter. 1000 Exemplare erhält das FFGZ in Berlin. Jedes Mitglied erhält 5 Leporellos, die weitergegeben werden sollen und bis Ende August an das FFGZ in Berlin zur

Auswertung geschickt werden. Von der AGV erhielten wir eine Presseerklärung, SEKIS in Berlin fragt wegen des Referats von Udo Puteanus während des Herbstseminars an. Katja Lorenz mailt es an SEKIS und schickt ihnen den Rundbrief Nr. 50. Die Mitgliederversammlung von Forum Leipzig findet am 26. 2. 2000 in Frankfurt statt, Michael Höckel nimmt daran teil. Auf das neue Layout des Rundbriefes erhielten wir positive Rückmeldungen. Ildikó Szász beantwortet die Anfrage von Ingrid Schubert zur Frauenausstellung. Ingeborg Simon bittet den Vorstand um eine Stellungnahme bezüglich Rolf Rosenbrock, der wegen angeblicher Stasitigkeiten im WZB in Berlin fristlos gekündigt wurde (vertagt auf TOP 12 Öffentlichkeitsarbeit) Weiterhin erhielten wir den Aufruf zum Gesundheitstag sowie den Rundbrief des VDÄÄ. Michael Höckel übernimmt die Korrekturänderung für den Adressenverlag in Darmstadt.

TOP 6 Kassenbericht

Udo Ament legt den Kassenbericht vor.

TOP 7 Berichte aus den Regionen

In Hamburg finden regelmäßige Treffen statt. In Berlin kommt am 22. 2. 2000 Dr. Dreikluft in die Regionalgruppe und berichtet über das Projekt Praxisnetz in Berlin. Das Frauenseminar findet am 6. oder 13. Mai in Berlin statt, das Thema ist noch unklar. Eventuell gibt es ein Rhetorikseminar, Evelyn Seibert kümmert sich darum. In Hessen wird die MV vorbereitet (siehe TOP 8).

Thomas Hammer wird begrüßt.

TOP 8 MV 2000 am 8.4. und 9.4.00 in Frankfurt

Die Regionalgruppe Hessen ist mit der organisatorischen Vorbereitung der MV beauftragt, die vom 8. 4. bis 9. 4. 2000 im Gesundheitszentrum Riedstadt (bei Frankfurt) stattfindet. Die Unterbringung wird im Hotel organisiert, Wolfgang Richter kümmert sich um die Anreiseskizze, das Abendprogramm wird von Familie Richter vorbereitet.

Katja Lorenz bereitet bis zum 11. 2. die Einladung zur MV und schickt sie in die Geschäftsstelle. Für die MV fragten wir bei Wolfgang Richter um einen PC-Beamer an. Am Samstag stellt uns Wolfgang Richter vor der MV seine Apotheke im Gesundheitszentrum vor, danach hält er einen Vortrag über Vernetzte Praxen. Isabella Sulger fragt Christl Trischler wegen der Versammlungsleitung und Jürgen Große wegen des Protokolls während der MV an. Christiane Hefendehl überlegt, ob einzelne TOPs während der MV in AGs diskutiert werden. Katja Lorenz bereitet den Rechenschaftsbericht vor. Aus der Sicht des Vorstandes werden unter dem TOP künftige Arbeitsschwerpunkte folgende Themen diskutiert: Internetauftritt und Homepage des VDPP (zuständig Thomas Schulz), Kontaktaufnahme zu Fachschaften und PraktikantInnen, um neue Mitglieder zu werben, sowie das Herbstseminar zum Thema Rationierung in der Medizin (z. Bsp. Oregon-Liste) (Isabella Sulger erstellt eine Zeitungsartikelsammlung als Tischvorlage und stellt den Punkt vor). Katja Lorenz regt an, dass sich der Verein stärker auf bestimmte Themen konzentrieren sollte. Die Diskussion dazu bleibt vorerst ohne Ergebnis.

TOP 9 Gesundheitstag 2000

Der Gesundheitstag findet vom 31. Mai - 4. Juni in Berlin statt und wird federführend von Ellis Huber und H.U. Deppe organisiert. Christiane Hefendehl und Katja Lorenz berichten von der chaotischen Vorbereitung, zum Beispiel sind die Örtlichkeiten und die Finanzierung noch unklar. Wir beteiligen uns nicht mehr an der Vorbereitung, wollen aber einen Stand auf dem Markt der Möglichkeiten besetzen.

TOP 10 Neues Programm, Layout, Druck

Das neue Programm des VDPP ist im Internet über die Homepage abrufbar. Reinhold Weber soll einen Kostenvorschlag für 500 Programme mit neuer Umschlaggestaltung in C 4 Größe erstellen sowie Farbmuster für den Umschlag an den Vorstand schicken. (Michael Höckel gibt es weiter). Zum letzten Rundbrief wurde folgendes angemerkt: Das Schriftbild ist besser. Dopplungen sind zu vermeiden, Reaktionen auf Artikel werden nur abgedruckt, wenn der Artikel, auf den sie sich beziehen, ebenfalls abgedruckt werden kann. Die Artikel sollten künftig besser geordnet sein als im letzten Rundbrief. Im Rundbrief 52 gibt es eine Umfrage zum neuen Layout, die Thomas Hammer und Jürgen Große vorbereiten. Wenn es Anschreiben zum Rundbrief gibt, wird immer eine Kopie an Michael Höckel geschickt. Isabella Sulger aktualisiert das Anschreiben an die Fachschaften, das bereits mit dem letzten Rundbrief verschickt werden sollte.

TOP 11 10. AMG-Novelle

Der Termin der nächsten Anhörung ist am 15 März in Berlin. Eine Presseerklärung an DAZ und PZ ist noch nicht rausgegangen (zuständig: Thomas Schulz). Er hat an verschiedene PolitikerInnen geschrieben und kümmert sich um eine Einladung zur Anhörung.

TOP 12 Öffentlichkeitsarbeit

Aufgrund der Datenlage im Fall Rolf Rosenbrock können wir nach eingehender Diskussion keine Stellung beziehen. Wir befürworten eine schnelle Aufklärung der Angelegenheiten.

Alle Mitglieder, die einen E-Mail Anschluss besitzen, können am Arbeitsprozess zu Stellungnahmen des Vorstandes teilnehmen. Dazu wird eine Mailinglist der Mitglieder des VDPP erstellt.

Christiane Hefendehl aktualisiert den alten Presseverteiler.

TOP 13 Internetpräsentation

Der Vorstand entscheidet sich für das Angebot von Susanne Jäger aus Berlin. Christiane Hefendehl erarbeitet eine Themensammlung für die Homepage, und Michael Höckel fragt bei Udo Ament an, wieviel Geld zur Verfügung steht. Zur MV wird eine Musterseite und das Inhaltsverzeichnis der überarbeiteten Homepage vorgestellt.

TOP 14 Verbindung zu den Fachschaften

Katja Lorenz besucht den Bundeskongress der Fachschaften in Berlin, der Anfang Juni stattfindet. Das Anschreiben an die Fachschaften von letztem Jahr wird zum nächsten Rundbrief von Isabella Sulger aktualisiert und an Jürgen Große und Michael Höckel weitergegeben. Die Fachschaften erarbeiten einen Fragebogen zum Praktikum und zum 3. Prüfungsschnitt sowie eine Hitliste von Praktikumsapotheken. Michael Höckel wendet sich an Petra Kollé, die sich 1998 auf der

MV bereit erklärte, Kontakt zur Hamburger MV aufzunehmen. Eine Mappe mit Materialien für die Mitgliederwerbung soll erarbeitet werden.

TOP 15 Wanderausstellung

„100 Jahre Frauenpharmaziestudium“

Die Frauenausstellung wird während der Pharmaziehistorische Biennale gezeigt, die Gelder für die Grafikerin werden von dort getragen. Gabi Beisswanger ist vor Ort verantwortlich und soll einen Leihbeitrag ausmachen. Die nächste Station der Ausstellung wird die Apothekerkammer Hessen, Zweigstelle Kassel, sein.

TOP 16 AGVerbraucherschutz-Arbeitsgruppe

Bernd Rehberg ist in der AG und wird von Michael Höckel gebeten, bei der MV über die Zusammenarbeit mit der AGV zu berichten. Alternativ wird Jürgen Große angefragt.

TOP 17 Verschiedenes

Im Dokumentationsteil des Rundbriefs wird das Flugblatt zur Demo für Mumia Abu-Jamal in Berlin abgedruckt. Der Vorstand beschließt, 100 DM für diesen Zweck zu spenden, muss aber mit Udo Ament Rücksprache halten. Die nächste Vorstandssitzung findet 4.6. in Berlin im Anschluss an den Gesundheitstag statt.

Schluss der Sitzung 12.30

Beiträge

Rundbriefbeiträge erreichen die Redaktion in unglaublich vielen verschiedenen Formen: E-Mail, angehängte Dateien zu E-Mail, Disketten mit Texten in diversen Formaten (von verschiedenen Textverarbeitungen in etlichen Versionen), maschinengeschriebene Texte, vom Computer ausgedruckte Texte und auch handgeschriebene Texte. Wir können fast alles verarbeiten, der Arbeitsaufwand, der uns dabei entsteht, ist aber recht unterschiedlich.

Natürlich freuen wir uns wirklich über jeden Artikel und jede Zuschrift, aber ihr könnt uns das Leben durch die Berücksichtigung folgender Punkte sehr erleichtern:

1. Am allerliebsten erhalten wir die Artikel per E-Mail an die Adresse redaktion@vdpp.de oder groesse@hanse-net.de. Wenn die Artikel keine besonderen Formatierungen (z. B. unterstrichener, kursiver, fettgedruckter Text) enthalten, dann müsst ihr keine Word-Dateien o. ä. an die eigentliche Mail anhängen, übernehmt Euren Text einfach per "Kopieren" und "Einfügen" in die Mail, das kostet am wenigsten Kilobyte. Wo der eigentliche Artikel anfängt, sehen wir schon, niemand braucht zu befürchten, dass ihr / sein Artikel mit "Hallo Jürgen" beginnt. Formatierungen könnt ihr mit Sternchen für *fett*, Unterstrichen für unterstrichen und Schrägstrichen für /kursiv/ wiedergeben.

2. Wenn ihr die Beiträge als angehängte Textverarbeitungsdateien verschicken möchtet, dann sollte es irgendeine halbwegs gängige Textverarbeitung sein. Wir benutzen Word 98, aber das Dateiformat von Word 2000 ist das gleiche. Wer weder Word besitzt, noch in der Lage ist, die Artikel im Word-Format abzuspeichern, kann in Gottes Namen auch Lotus WordPro oder Wordperfect benutzen, unser neues Notebook hat eine große Festplatte mit viel Platz für Textverarbeitungsprogramme.

3. Blocksatz, Spalten, Striche, Seitenzahlen, Schriftwechsel und was es da noch so an zusätzlichen Formatierungen gibt, erleichtern die Bearbeitung nicht unbedingt. Auch mehrfach geschachtelte Spiegelstriche, ein halbes Dutzend verschiedene Schriften in einem Artikel etc. können uns das Leben schwer machen. Bilder, Tabellen, Grafiken etc. sind durchaus erwünscht, sollten aber am besten auf Papier oder zumindest als getrennte Dateien (in hoher Auflösung) zugesandt werden.

4. Da uns für diesen Rundbrief Beiträge in alter und neuer Orthographie erreicht haben, haben wir, um ein einheitliches Erscheinungsbild zu erzielen, im Rahmen unserer begrenzten Kenntnisse alle Beiträge auf die neue Rechtschreibung umgestellt. Wer dies aus ideologischen Gründen ablehnt oder für einzelne Wörter auf einer bestimmten Schreibweise besteht, teile uns dies mit.

5. Wer keine Möglichkeit hat, die Texte per E-Mail zu verschicken, aber einen Computer besitzt, kann uns die Texte auf einer 3 1/2-Zoll-Diskette zusenden. Für das Format gilt das Gleiche wie für per E-Mail übersandte Texte.

6. Wer keinen Computer besitzt, kann die Beiträge natürlich auch mit der Schreibmaschine schreiben, vorzugsweise einseitig beschrieben und mit einer ganz normalen Schreibmaschinenschrift.

7. Verschiedenes: Fußnoten sollten als normaler Text am Ende des Beitrags erscheinen. Für einen Absatz drückt man **zweimal** die Return-Taste. Die Leertaste drückt man **hinter** Punkt, Komma und anderen Satzzeichen, **nicht davor**.

8. Es ist schön, wenn Beiträge, etwa solche des Vorstands schon in überarbeiteter Form den Rundbrief erreichen. Weniger schön ist es, wenn die Mail die ursprüngliche und die überarbeitete Form enthält, und es exegetischer Kenntnisse bedarf, herauszufinden, was nun gedruckt werden soll.

Außer über Originalbeiträge freuen wir uns natürlich auch über Hinweise auf Artikel von euch, die ihr anderswo veröffentlicht habt. Wenn die betreffende Zeitschrift dies zulässt und die Beiträge den Rundbrief-Umfang von der Länge her nicht sprengen, drucken wir sie gerne ab. Andernfalls würden wir gerne die Zusammenfassung bringen.

Falls ihr irgendwo etwas lest, von dem ihr meint, dass es die Rundbrief-Leser interessieren könnte, schickt uns Kopien des Artikels. Wenn möglich, fragt die betreffende Zeitschrift, ob wir es im Dokumentationsteil abdrucken können.

Die Redaktion

Regionalgruppe Berlin

Die Regionalgruppe trifft sich an jedem 3. Mittwoch im Monat um 20 Uhr im Café Blisse, Blissestraße 14, 10713 Berlin.
Nächste Termine: 21. Juni, 19. Juli, 16. August 2000.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 20 Uhr bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 21. Juni, 5. und 19. Juli, 2. und 16. August 2000.

Regionalgruppe Hessen

Die Treffen finden in der Arche Nova, gegenüber vom Westbahnhof, Frankfurt/M., statt. Termine sind bei Udo Ament zu erfragen (siehe Adressenseite).

Herbstseminar

Das Herbstseminar wird im September oder Oktober im Raum Hannover stattfinden. Die Einladung erfolgt rechtzeitig über die Geschäftsstelle.

Apothekertag

28. – 30. September 2000 in Köln. Kontakt wegen VDPP-Aktivitäten: Vorstand oder Geschäftsstelle.

Mitgliederversammlung 2001

15. – 17. Juni 2001 in Münster.

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

Brief der BUKO Pharma-Kampagne an Frau Schaich-Walch (SPD)

Frau Schaich-Walch MdB
Platz der Republik
11011 Berlin 21. März 2000

Sehr geehrte Frau Schaich-Walch,

im Anschluss an die Anhörung zur 10 AMG-Novelle möchte ich Ihnen noch einige wichtige Punkte mitteilen, die auf der Anhörung selbst vielleicht etwas "untergegangen" sind bzw. sich aus Stellungnahmen verschiedener Organisationen und von Sachverständigen ergeben haben.

Sind die meisten Altarzneimittel rational?

Es wurde wiederholt behauptet, die meisten Altarzneimittel wären rational und eine Kennzeichnung sei deshalb diskriminierend.

Diese Aussage ist in Zweifel zu ziehen. Für die ca. 4000 Arzneimittel, für die die 2005 Regelung in Anspruch genommen wurde, ist anzunehmen, dass die Hersteller wenig Chancen sehen, eine Zulassung zu erreichen. Auch für zahlreiche weitere Präparate ist keine positive Bewertung zu erwarten wie Prof. Schönhöfer mit konkreten Zahlen auf der Anhörung belegte.

Kennzeichnung der Altarzneimittel

Es wurde von verschiedenen Seiten argumentiert, die VerbraucherInnen würden durch eine Kennzeichnung der Altarzneimittel verunsichert oder in die Irre geführt.

Das Gegenteil ist richtig, die VerbraucherInnen werden durch die gegenwärtig fehlende Kennzeichnung in die Irre geführt. Im Sinne einer Transparenz für VerbraucherInnen und ÄrztInnen ist eine Kennzeichnung unbedingt notwendig – und wie vom Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) richtig angemerkt mit Aufklebern auch schnell zu realisieren. VerbraucherInnen sind keineswegs so unmündig wie sie vielfach auf der Anhörung dargestellt wurden. Auch das Argument, die Compliance würde

leiden, ist fadenscheinig. Untersuchungen belegen, dass gut aufgeklärte PatientInnen bei ihrer Therapie wesentlich besser mitwirken. Die Kennzeichnung ist ein Schritt, ÄrztInnen und ApothekerInnen zu motivieren, PatientInnen besser zu informieren.

Die Kennzeichnung stellt auch eine zusätzliche Motivation für die Hersteller dar, den Nachzulassungsprozess zu beschleunigen. Außerdem wird ja auch nicht gefordert, einen Aufdruck "diese Arzneimittel ist gefährlich" auf die Packung zu drucken, sondern eine neutrale Formulierung, die über den tatsächlichen Zulassungsstatus aufklärt. Ich hatte folgende Formulierungen vorgeschlagen:

- Kennzeichnung auf der Verpackung "Altarzneimittel: Packungsbeilage beachten".
- In der Packungsbeilage: "Hinweis: Bei diesem Mittel handelt es sich um ein Altarzneimittel. Die behördliche Prüfung auf Wirksamkeit und Sicherheit ist noch nicht abgeschlossen."

Schließlich sollte man berücksichtigen, dass es ein enormes Privileg für die Hersteller ist, die Altarzneimittel überhaupt noch vermarkten zu dürfen, für jedes neue Arzneimittel muss Wirksamkeit und Unbedenklichkeit vor der Vermarktung belegt werden.

Kennzeichnung für die Dritte Welt

Die BUKO Pharma-Kampagne hat eine Kennzeichnung von Altarzneimitteln in Exportzertifikaten, die die deutschen Behörden ausstellen, gefordert.

Hierbei kann keinesfalls von einer Verunsicherung von Laien gesprochen werden, da diese Zertifikate sich an Behörden in der Dritten Welt richten, für die der Hinweis auf die fehlende Überprüfung eine zentrale Information darstellt.

Generika als Altarzneimittel?

Der Vertreter der Generikahersteller hat auf der Anhörung behauptet, dass zahlreiche Generika von der Kennzeichnung als Altarzneimittel betroffen wären.

Dies trifft nicht zu. Im Gegenteil, oftmals ist das Originalpräparat noch Altarzneimittel, Generika des identischen Wirkstoffs jedoch zugelassen.

Bei Wirkstoffen, wo weder Originalpräparat noch Generika ordentlich zugelassen sind, ist in vielen Fällen anzunehmen, dass es sich um nicht sinnvolle irrationale Medikamente handelt. Bei den wenigen Ausnahmen, wo es sich um rationale Medikamente handelt, wäre eine schnelle Nachzulassung der geeignete Ausweg.

Stellt das Stufenplanverfahren eine vorgezogene Überprüfung dar?

Das Stufenplanverfahren betrifft ausschließlich Arzneimittelrisiken, aber nicht eine Überprüfung der Wirksamkeit.¹ Insofern ist der Verweis auf das Stufenplanverfahren in Bezug auf eine Überprüfung der Wirksamkeit völlig unzutreffend. Dar-

¹ Deshalb gewann Boehringer Ingelheim auch ein Verfahren über die Sinnhaftigkeit des Metamizol-Kombinationspräparats Buscopan compositum gegen das damalige BfArM. Das Oberverwaltungsgericht Berlin urteilte, dass nur Risiken hätten berücksichtigt werden dürfen, die Sinnhaftigkeit der Kombination aber erst im Nachzulassungsverfahren bewertet werden dürfe. Aktenzeichen: OVG 5 S 75/87 VG 14 A 115.87

Leserbrief an die DAZ

Anmerkungen zum Interview mit Frau Schaich-Walch, MdB

Mit Verwunderung haben wir die Ausführungen zur 10. AMG-Novelle gelesen. Es begann mit der Fragestellung durch Frau Imhoff-Hasse, die von einer "Stigmatisierung der Altpräparate" sprach.

"Bei diesem Arzneimittel handelt es sich um ein Altarzneimittel, für das die behördliche Prüfung nach den arzneimittelrechtlichen Übergangsvorschriften noch nicht abgeschlossen ist." Diese im Gesetzestext vorgesehene Formulierung ist sehr zurückhaltend für Medikamente, für die **vor 10 Jahren** die Übergangsfristen nach dem AMG ursprünglich abgelaufen wären, wenn nicht weitere Fristverlängerungen etc. erfolgt wären. Seit 24 Jahren wissen die Hersteller dieser Altarzneimittel, dass sie Wirksamkeit und Unbedenklichkeit belegen müssen. Sie legen die Unterlagen nicht vor und wir Apotheker verkaufen den "Kram", ohne mit der Wimper zu zucken.

Der VDPP fordert eine Verschärfung der Kennzeichnungsvorschrift, wir halten eine Kennzeichnung auf der Verpackung für erforderlich: Die Verbraucher haben ein Recht, beim er-

über hinaus ist zu fragen, inwieweit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Risikoverfahren im Altarzneimittel-Bereich vorangetrieben hat. Angesichts einiger dokumentiert risikoreicher Altarzneimittel sind Zweifel angebracht.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüßen

Jörg Schaaber

BUKOPharma-Kampagne

August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld
Telefon +49-(0)521-6 05 50, Telefax +49-(0)521-6 37 89
email bukopharma@compuserve.com

sten Blick auf das Medikament zu sehen, ob es sich um ein geprüftes Arzneimittel handelt oder um ein Altarzneimittel, zudem wir nur anekdotisches Halbwissen haben. Etwas anderes verbirgt sich hinter dem Begriff "bewährt" ja nun wirklich nicht. Der VDPP erwartet von verantwortungsvoll handelndem pharmazeutischen Personal eine eindeutige Beratung in diesem Zusammenhang.

Wir hoffen, dass die Entscheidungsfindung in der SPD-Fraktion im Sinne des Verbraucherschutzes erfolgen wird. Frau Schaich-Walch führt im Interview noch aus, dass 14000 Medikamente immer noch nicht auf ihre Wirksamkeit (und Unbedenklichkeit, dieser nicht unwichtige Teil fehlte im Interview) geprüft worden sind und das 22 Jahre nach dem das AMG in Kraft trat. Das ist ein Armutszeugnis für ein Land, das für sich eine weltweit führende Rolle in der Pharmazie reklamiert. Die EU-Kommission hat Deutschland wegen seiner zögerlichen Aufarbeitung der Altarzneimittel im Jahr 1998 zur Ordnung gerufen.

Der VDPP unterstützt die Maßnahmen der 10. AMG-Novelle und fordert die o. g. Verschärfung bezüglich der Kennzeichnung der Verpackungen. Die Apothekerschaft sollte ihre Position dazu überdenken und sich dann im Sinne des Verbraucherschutzes unserer Argumentation anschließen.

Thomas Schulz für den VDPP-Vorstand

Erklärung zu den Spionage-Verdächtigungen

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

1. Die Zeitschrift "Der Spiegel" veröffentlichte in ihrer Ausgabe No. 50/1999 am 13. 12. 1999 auf S. 235 einen Artikel unter der Überschrift: "Gesundheitspolitik – Im Visier der Ermittler – Ministerin Fischer lässt sich von einem Berliner Professor beraten, der für die Stasi gespitzelt haben soll" (1). Darin wird behauptet bzw. insinuiert, daß ich ab ca. 1978 für die Hauptverwaltung Aufklärung (HVA), den Spionagedienst der DDR, gearbeitet hätte. Der Artikel enthält einen mir angeblich zugeordneten Decknamen, eine Registrierungsnummer sowie Angaben darüber, daß unter meinem Namen 21 Berichte registriert seien, die sich u.a. auf 'Amnesty International', 'Solidarnosc'-Unterstützung und das WZB bezögen. Von 1994 bis 1996 sei gegen mich in dieser Angelegenheit vom Generalbundesanwalt ein Ermittlungsverfahren geführt worden. Dem aus meiner Sicht infamen und auf persönlichen und politischen Rufmord zielenden Spiegel-Artikel liegt als Recherche zu meiner Person offensichtlich nichts weiter zugrunde als das Personenportrait, das der Tagesspiegel am 10. 4. 99 anlässlich meiner Berufung in den Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen veröffentlicht hatte (2).

2. Die Leitung des WZB hat mich ab 17. 12. 1999 ohne Vorliegen eines Beweises für diese Beschuldigungen vom Dienst im WZB suspendiert und mir am 21. Januar 2000 – nach über 22 Jahren wissenschaftlicher Arbeit am WZB – gegen den Widerspruch des Betriebsrates die fristlose Verdachts(!)-Kündigung ausgesprochen. Mein Anwalt erhebt für mich Kündigungsschutzklage beim Arbeitsgericht.

Zu den Verdächtigungen erkläre ich:

Ermittlungsverfahren 1994 – 1996

In der Tat haben mir am 22. 3. 94 zwei Beamte des Bundeskriminalamtes eröffnet, daß gegen mich ein Ermittlungsverfahren wegen geheimdienstlicher Tätigkeit eingeleitet sei. Der Anfangsverdacht gründete sich auf die Abschrift einer Karteikarte, die deutsche Sicherheitsbeamte bei US-Dienststellen angefertigt haben sollen. Dort soll seit Anfang der 90er Jahre ein Exemplar der gesamte Quellen- und Agenten-Datei der HVA verfügbar sein. (Eine vollständige Kopie dieser Kartei soll im Frühjahr 2000 von der CIA an deutsche Behörden geliefert werden.)

Da ich wissentlich nie Kontakte mit Angehörigen der HVA oder eines sonstigen Geheimdienstes aufgenommen oder unterhalten habe, war ich über diesen Verdacht schockiert. In der ca. vierstündigen Vernehmung in der Berliner Dependence des BKA habe ich mit den Beamten zu rekonstruieren versucht, wer mich in welchen Zusammenhängen zu welchen Themen ausgehorcht oder abgeschöpft haben könnte. Dabei zutage gekommene Hinweise wurden vom BKA mit meiner Unterstützung weiterverfolgt, führten aber ebensowenig wie die weiteren, lang andauernden Ermittlungen des BKA zu einem faßbaren Ergebnis.

Im übrigen erwies sich der Kreis möglicher Beteiligten als schwer eingrenzbar, da ich seit den sechziger Jahren in Berlin mit buchstäblich Hunderten von Personen in den und aus den unterschiedlichsten Zusammenhängen, darunter

auch mit DDR-Bürgern, Kontakte und Diskussionen hatte und dabei auch durchgängig öffentlich zugängliche Informationen zu meinen jeweiligen Interessen- und Tätigkeitsgebieten erhalten und gegeben habe. Einen Ausschnitt dessen geben u.a. die 229 Seiten jener Akte wieder, die das West-Berliner Landesamt für Verfassungsschutz (LfV) über mich angelegt hat und die ich – bis auf über 30 Blatt ("unterliegen weiterhin der Geheimhaltung", "LfV ist nicht verfügungsberechtigt") sowie zahlreiche Schwärzungen – im Jahre 1992 einsehen konnte.

Absolut rätselhaft ist mir (neben dem angeblichen Datenfluß über das WZB, s.u.) die Erwähnung von 'Amnesty International' und 'Solidarnosc' im Spiegel-Artikel, da ich mich mit diesen Themengebieten niemals befaßt und in diesen Organisationen bzw. Feldern niemals mitgearbeitet habe, so daß auch eine 'Abschöpfung' nicht infrage kommt.

Im Hinblick auf Chile-Flüchtlinge habe ich mich in den 70er Jahren in der Kinderhilfe Chile e.V. engagiert und die 'Aktion zur Befreiung der politischen Gefangenen in Chile e.V.' mit gegründet. Dem lagen die Erfahrungen zugrunde, die ich von Oktober 1973 bis Mai 1974 als Doktorand der FU Berlin in Santiago de Chile sammeln mußte, wo ich – u.a. im Kontakt mit der Botschaft der BRD – v.a. politisch Verfolgten zum Asyl in diplomatischen Vertretungen bzw. zur Ausreise bzw. fangene in Gefängnissen besucht hatte. Auch hier ist mir nicht vorstellbar, was von meinem Wissen für den Spionagedienst der DDR von Belang hätte sein können. Allerdings sind mir die Unterlagen, über die der 'Spiegel' nach eigenen Angaben verfügt, bis heute (24.1.2000) nicht in vollem Umfang zugänglich.

Ein nach der Karteikartenabschrift angeblich mir zugeordneter Führungsoffizier aus der HVA, dem vom Generalbundesanwalt die Beteiligung an einer ganzen Reihe von Spionagevorgängen zugeordnet worden war, verweigerte jede Aussage und wurde daraufhin für ca. vier Monate in Beugehaft genommen. Mit seinem selbst auferlegten strikten Schweigegebot zu seiner gesamten Tätigkeit in der HVA entfällt für mich die Möglichkeit einer umfassenden Entlastung von den Verdächtigungen.

Das Ermittlungsverfahren gegen mich wurde von der Generalbundesanwaltschaft am 11. September 1996 eingestellt, weil sich keine für eine Anklageerhebung ergiebigen Verdachtsmomente ergeben hatten (§ 170, 2 Strafprozessordnung). Auf ausdrücklichen Rat der BKA-Beamten sowie meines Anwalts habe ich seinerzeit über dieses Ermittlungsverfahren generell und auch gegenüber meinem Arbeitgeber Stillschweigen bewahrt. Dem lag die Beobachtung zugrunde, daß sich jede auch noch so abstruse Verbindung zwischen einer Person und "der Stasi" nachhaltig zulasten des Rufes der Person auswirkt ('semper aliquid haeret') und dabei auch zivilisatorische Errungenschaften wie die Prinzipien der Unschuldsvermutung und der Beweislastverteilung regelmäßig beschädigt werden bzw. zusammenbrechen. Auch nach der Einstellung des Ermittlungsverfahrens sah ich weder eine Notwendigkeit noch eine Möglichkeit, mein Stillschweigen zu brechen, da ich die ganze – alptraumartige – Angelegenheit damit für endgültig erledigt ansah und sich die Ermittlungen nicht

schwerpunktmäßig auf das WZB bezogen hatten. Ich würde es vorziehen, in einer gesellschaftlichen Situation zu leben, in der über solche Probleme frei und offen kommuniziert werden kann. Auch und gerade im Lichte meiner Erfahrungen seit der ‚Spiegel‘-Veröffentlichung am 13. 12. 99 halte ich aber meine damalige Entscheidung für das Stillschweigen für richtig.

”Neue Informationen” aus der Gauck-Behörde

Die jetzt zugänglich gewordenen Informationen stammen aus der Auswertung der Anfang 1999 in der Gauck-Behörde entschlüsselten HVA-Datenbank SIRA (System Information Recherche Aufklärung), das als eine Art elektronisches ‚Posteingangsbuch‘ der HVA bezeichnet wird: Es enthält zu jedem dort registrierten ‚Posteingang‘ einen Datensatz, dessen Formblatt-Ausdruck von jeweils einer bis eineinhalb Seiten codierte und Text-Angaben zum ‚Absender‘, zum ‚Inhalt‘, zur ‚Bewertung‘ sowie eine Art ‚Überschrift zum erfaßten Material‘ enthält.

Der SIRA-Auszug, den die Geschäftsführung des WZB in der Woche nach der Spiegel-Veröffentlichung kurzfristig beschaffen konnte und auch mir in Kopie zugänglich gemacht hat, stellt ausweislich des Umfangs, der Paginierung (es fehlen Seiten) und des Druckdatums (24. 11. 99) nur einen Teil des Materials dar, das aus der Gauck-Behörde zuvor dem ‚Spiegel‘ zur Verfügung gestellt worden war. Er umfaßt lediglich die Schnittmenge zwischen den Merkmalen ‚WZB‘ sowie der Registriernummer und dem Decknamen, der in dem eingestellten Ermittlungsverfahren gegen mich zunächst mir zugeordnet worden war. Sowohl das WZB als auch ich haben bei der Gauck-Behörde vollständige Akteneinsicht beantragt. Dazu liegen bislang nur Eingangsbestätigungen vor.

Der vorliegende SIRA-Teil-Ausdruck enthält Informationen über elf Vorgänge. Danach sollen zwischen 1979 und 1987 insgesamt 562 Seiten Papier, die Vorgänge im WZB betreffen, bei der HVA eingegangen sein, v.a. Vorlagen und Protokolle für Kuratoriumssitzungen sowie ein Geschäftsverteilungsplan und ein Programmbudget. Nichts von diesem Material war nach meiner Erinnerung als vertraulich klassifiziert, und es wurde jeweils in mehr als 20 Exemplaren produziert. Die Unterlagen für eine der jeweils ein bis zwei jährlichen Kuratoriumssitzungen umfaßten in der Regel einen normalen 80mm-Leitz-Ordner. Alle in SIRA erwähnten Unterlagen waren im WZB frei bzw. relativ leicht für jedermann/frau zugänglich und wurden auch z.B. den aushängigen Mitgliedern des WZB-Kuratoriums zugestellt. Als eines der von den WissenschaftlerInnen des WZB gewählten Mitglieder des Kuratoriums hatte auch ich zu diesen Materialien Zugang. Inhaltlich kann ich mich nicht daran erinnern, darin jemals etwas gelesen zu haben, was für einen Geheimdienst von Interesse sein könnte. Aus meiner Sicht wirft es ein helles Licht auf die mittlerweile auch in anderen Verfahren bekannt gewordene Sammelwut der Stasi-Bürokratie erklären, daß diesem Material in der SIRA-Datei meist die zweithöchste (!) Vertraulichkeitsstufe zugeordnet wird. Eine nähere Prüfung ist nicht möglich, weil nicht das angeblich an die HVA gelangte Material vorliegt, sondern lediglich die SIRA-Ausdrucke, also Informationen über – angebliche – Informationen.

Da ich wissentlich nie Kontakte mit Angehörigen der HVA oder eines sonstigen Geheimdienstes aufgenommen oder

unterhalten habe, habe ich keine Erklärung für den durch die SIRA-Ausdrucke indizierten Daten- bzw. Materialfluß. Auch weiß ich nicht, wie mein Name in die verschiedenen Karteien und Datensysteme der HVA hineingekommen sowie kategorisiert worden ist, und wer mit welchen Motiven wann zu welchen Themen welche Informationen mit meinem Namen oder dem mir angeblich zugeordneten Decknamen bzw. Zahlencode verknüpft oder unter einem dieser Merkmale wo abgelegt hat.

Ablauf der aktuellen Ereignisse im einzelnen

Am 9. Dezember 99 wurde ich von einem Spiegel-Redakteur aus Berlin (Alexander Neubacher) telefonisch davon unterrichtet, daß dort ‚handfeste‘ Informationen aus der Gauck-Behörde über meine angebliche Zusammenarbeit mit der DDR-Spionage vorlägen und eine Veröffentlichung in Vorbereitung sei.

Der Bitte um Stellungnahme bin ich am 10. Dezember 89 vormittags gegenüber dem gleichen Redakteur im hier skizzierten Sinne telefonisch nachgekommen. Er sagte mir auf meine explizite Nachfrage hin zu, meine Stellungnahme umgehend (d.h. weit vor Redaktionsschluß) an die Spiegel-Redaktion nach Hamburg weiterzuleiten. Es trifft deshalb nicht zu, daß ich – wie im Spiegel-Artikel behauptet – jede Stellungnahme abgelehnt habe. Dies hat mir der Spiegel-Redakteur Alexander Neubacher am 15. 12. 99 ausdrücklich bestätigt.

Nachdem der ‚Spiegel‘ den Abdruck einer Gegendarstellung abgelehnt hat, hat mein Anwalt für mich am 20. 12. 99 beim Landgericht Berlin Klage gegen den Spiegel auf Unterlassung und auf Verbreitung einer Richtigstellung erhoben.

Am 10. 12. 99 habe ich Präsident und Geschäftsführerin des WZB förmlich über die in Aussicht stehende Veröffentlichung im ‚Spiegel‘ und bei dieser Gelegenheit über den gesamten Sachverhalt unterrichtet.

Am 10. 12. 99 habe ich auch den Vorsitzenden des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen und des Wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie die für diese Gremien zuständige Bundesministerin für Gesundheit informiert.

Am 10. 12. 99 habe ich auch Antrag auf Akteneinsicht beim Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR (Gauck-Behörde) gestellt.

Am 13. 12. 99 habe ich die Bundesministerin für Gesundheit schriftlich gebeten, mir zu erlauben, bis zur Klärung der Vorwürfe meine Beratungstätigkeit für das BMG im Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, im Nationalen Aids-Beirat sowie im Herausgeberbeirat des Bundesgesundheitsblatts bis zur Klärung der Vorwürfe ruhen zu lassen. Die Berufungen in die drei letztgenannten Gremien sind bereits in der Amtszeit von Bundesminister Horst Seehofer erfolgt.

Am 14. 12. 1999 wurde ich von Präsident und Geschäftsführerin des WZB förmlich zu den im Spiegel-Artikel enthaltenen Behauptungen hinsichtlich der angeblichen Weitergabe von Unterlagen aus dem WZB befragt. Zugleich wurde mir mitgeteilt, daß die Geschäftsführerin des WZB eine besonders schnelle Einsicht in die bei der Gauck-Behörde vorliegenden Unterlagen zu erlangen trachte.

Am 16. 12. 99 wurde ich für 10.30h in das Büro des WZB-

Präsidenten einbestellt. Dort wurde ich in äußerst förmlicher Atmosphäre mit dem SIRA-Teil-Ausdruck konfrontiert, den die Geschäftsleitung des WZB am Vortage von der Gauck-Behörde erhalten hatte. Mir wurden 15 Minuten Frist gegeben, zusammen mit dem Betriebsrat "ein Gesamtbild" zu erarbeiten, um dann dazu befragt zu werden. Ich habe – von Form und Inhalt des Vorgangs einigermaßen betäubt – daraufhin mein Entsetzen über den Vorgang geäußert sowie meine Einschätzung des Materials und meine Stellungnahme zum Gesamtkomplex abgegeben (s.o.). Die Geschäftsleitung erklärte, sie wolle noch am gleichen Tage Akten-einsicht bzw. eine Stellungnahme der Generalbundesanwaltschaft zum abgeschlossenen Ermittlungsverfahren 1994/96 anfordern. Sollte sich dadurch der durch den SIRA-Ausdruck nach ihrer Meinung gegebene Verdacht erhärten, stünde das WZB vor einer dramatischen Situation. Bis zum Abschluß dieser Ermittlungen sei ich ab 17. 12. 99 "von der Arbeitsleistung freigestellt".

Unabhängig von juristischen Erwägungen bedeuteten Begründung und Form der Suspendierung für mich selbst eine tiefe Kränkung.

Gegen die Suspendierung sprachen sich der Betriebsrat des WZB (20.12.99, WZB-öffentlich nochmals 6. 1. 00) Mitglieder der AG Public Health (22. 12. 99, WZB-öffentlich nochmals 28. 12.), mein Anwalt (22.12.99) sowie zahlreiche namhafte Vertreter aus Wissenschaft und Gesundheitspolitik aus.

Nachdem die Leitung bzw. der Anwalt des WZB am 7. 1. 00 ihre Einsichtnahme in die seinerzeitigen Ermittlungsakten der Bundesanwaltschaft zum Abschluß gebracht, kam es 10. 1. 00 zu einer ausführlichen Anhörung in Beisein von Präsident, Geschäftsführerin, Betriebsrat und Anwalt des WZB sowie meinem Anwalt und mir.

Am 15. 1. 00 habe ich in einem dreistündigen persönlichen Gespräch mit dem WZB-Präsidenten Neidhardt noch einmal versucht, ihn von der Externalisierung des Problems durch Kündigung und Kündigungsschutzklage abzubringen.

Am 18.1. 00 unterrichtete die Geschäftsleitung des WZB den Betriebsrat darüber, mir fristlos wegen des "dringenden und schwerwiegenden Verdachts" zu kündigen. Am gleichen Tage hörte mich der Betriebsrat (erweitert um einen 'senior researcher' aus dem WZB) zwei Stunden zu den Vorwürfen.

Am 20. 1. 00 widersprach der Betriebsrat förmlich und begründet der Kündigungsabsicht.

Am 21. 1. 00 erklärte mir die WZB-Geschäftsleitung die fristlose Kündigung.

Am 24. 1. 00 habe ich mich bei Arbeitsamt Berlin Südwest als arbeitslos gemeldet.

Persönliche Einschätzung

Ich erlebte und erlebe den gesamten Vorgang als ängstigen und kränkenden Alptraum: In vollem Lauf wird mir plötzlich ein Seil über den Weg gespannt. Noch im Sturz werde ich von Menschen, die bislang einen freundlichen und kollegialen Umgang mit mir pflegten, ultimativ aufgefordert zu beweisen, daß ich das Seil nicht selbst bestellt und gespannt habe. Die gesamte Geschichte könnte einer gelungenen Kooperation zwischen Franz Kafka und George Orwell entstammen.

Ich arbeite seit Oktober 1977 am WZB. Die über 22 Jahre Arbeit mit und in dieser sowie für diese Institution hat sich mir bis zum 16. 12. 99 als gelungene und erfolgreiche Symbiose zum beiderseitigen hohen Nutzen dargestellt. Immerhin zählt die von mir am WZB aufgebaute und geleitete Gesundheitsforschung – auch ausweislich der Evaluation durch den Wissenschaftsrat (Dez. 1997) – zu den sehr erfolgreichen Forschungseinheiten des WZB. Dies läßt sich auch an allen gängigen meßbaren Erfolgs-Parametern (Bücher und andere Veröffentlichungen im In- und Ausland, Summe und Anteil eingeworbener Drittmittel, Berufungen in Gremien der Wissenschaft und der Politikberatung, Einladungen in Programmkomitees und Präsidien internationaler Konferenzen sowie zu Vorträgen, Berufungen auf Lehrstühle und Professuren an Mitglieder der Gruppe, akademische Lehr- und Prüftätigkeit, öffentliche Resonanz) darstellen.

Im Falle der eingetretenen Bedrohung von außen habe ich in dieser Situation fest damit gerechnet, daß das WZB als Arbeitgeber und Institution meinem Wort ein höheres Gewicht beimißt und mir Schutz und Rückendeckung gewährt. Die seither ohne mein Zutun eingetretene Entwicklung habe ich außerordentlich bedauert.

Die fristlose Kündigung hat mich wie ein Keulenschlag getroffen und tief empört; ich bin – fürchte ich – noch weit davon entfernt, die Tragweite dieses Schritts emotional, professionell, biografisch und politisch voll zu erfassen. Dazu nehme ich in einem gesonderten Brief Stellung.

Ich hätte die Wochen seit dem 9. 12. 99 wohl nicht durchstehen können ohne meinen Lebensgefährten sowie emotional stützendes und solidarisches Verhalten vieler Menschen aus meinem persönlichen und professionellen Umkreis. Gestärkt wurde ich zusätzlich durch eine sehr große Anzahl von Solidaritätsbekundungen aus Wissenschaft und Politik.

Das sind die positiven und stärkenden Erfahrungen der letzten Wochen.

Berlin, den 24. Januar 2000

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Telefax 030 / 8642 2566; e-mail: rolf.rosenbrock@gmx.net

HINWEIS

Weitere Informationen zu meiner bisherigen Arbeit, die Angelegenheit betreffende Stellungnahmen etc. können unter der nachfolgenden Adresse angefordert werden:

Dr. Udo Schagen
Forschungsstelle Zeitgeschichte der Medizin
Freie Universität Berlin / Klingsorstr. 119
D-12203 Berlin-Lichterfelde
Telefon ++49 +30 830092-40 Telefax: -46
e-mail: schagen@medizin.fu-berlin.de

Recht und politische Kultur

Zur Kündigung Rolf Rosenbrock 2

von Dr. Udo Schagen

1. Arbeitsgericht am 10.2.2000

2. Politische Kultur des WZB

3. Presse

4. Rolf Rosenbrock

5. Nachsatz

Im folgenden werde ich Bericht und Bewertung zusammenfassen. Was was ist, sollte deutlich sein.

zu 1.

Arbeitsgericht, Güteverhandlung am 10.2.2000

Jeder arbeitsgerichtliche Streit beginnt mit einem öffentlichen, sogenannten Güteverhandlungstermin. Anwesend waren die Anwälte, die von ihnen vertretenen Parteien, der WZB-Präsident Prof. Dr. F. Neidhardt und Prof. Dr. R. Rosenbrock, sowie eine kleine Öffentlichkeit einschl. weniger Pressevertreter. Die Überraschung für mich als Zuhörer war, dass das WZB es nicht für nötig befunden hatte, die am 21. 1. gegenüber Rosenbrock ausgesprochene fünfzeilige (!) Kündigung, gegen die am 24. 1. die Klage auf Fortbestehen des Arbeitsverhältnisses beim Arbeitsgericht eingereicht worden war, bis zum Termin am 10. 2. gegenüber dem Gericht schriftlich zu begründen. Insofern hatte die Richterin auch keinerlei Unterlage, auf die hin sie rechtliche Erwägungen hätte mitteilen können. Die Richterin fragte die erschienenen Parteien, ob eine aussergerichtliche Einigung denkbar sei. Der Anwalt des Wissenschaftszentrums und sein wissenschaftlicher Geschäftsführer, Prof. Dr. Neidhardt, antworteten mit Ausführungen, die im Kern und auch in den Einzelheiten keinen einzigen neuen Gesichtspunkt und Sachverhalt enthielten. Die Kündigung stütze sich auf die Ermittlungen des Generalbundesanwalts von 1994 bis 1996 und die SIRA-Datenbank. Daraus gehe „mit hinreichender uns befriedigender Wahrscheinlichkeit“, so Neidhardt wörtlich, hervor, dass Rosenbrock mit IM Maurer identisch sei, dass er selbst Material geliefert habe, und dass das Material, für das die in der SIRA-Datenbank lediglich vorhandenen Überschriften auf das WZB weisen, auch von Rosenbrock wissentlich an die Staatsicherheit gegeben worden sei. Dabei unterliefe dem das WZB vertretenden Anwalt sogar der Lapsus, von „internen Unterlagen des WZB“ zu sprechen und den ersten in der SIRA-Datenbank mit Eingangsvermerk vom 19.1.1979 genannten Titel „Programmbudget 1979“ zu nennen. (In den WZB-Mitteilungen selbst kann nachgelesen werden, dass es sich um „jährlich“ veröffentlichtes Material handelt). Neidhardt ergänzte, da Herr Rosenbrock weiterhin darauf beharre, dass er „nie wissentlich mit der Staatssicherheit der DDR“ Kontakt gehabt habe, sei auch „kein kompromissfähiger Stoff“ vorhanden, auf dessen Grundlage ein Vertrauen wieder entstehen und man sich einigen könne. Von dem Anwalt des Klägers wurde darauf hingewiesen, dass es sich hier um einen in mehrfacher Hinsicht besonderen Fall handle. Im Gegensatz zu sämtlichen bisher bekannten Verfahren gäbe es keine Verpflichtungsermächtigung, keine MfS-Akte, keine Aussage zur Identität von Rosenbrock und IM

Maurer, nur Überschriften von angeblich „gelieferten“ Dokumenten in einer, wie die Gauck-Behörde sie selbst bezeichnet, „rekonstruierten Datenbank“, beim Generalbundesanwalt „Abschriften von Abschriften“. „Wir sind in der Welt des Geheimdienstes.“ Es sei in allen bisher in Zusammenhang mit Stasi-Vorwürfen geführten Auseinandersetzungen der erste Fall, in dem allein wegen eines Verdachts gekündigt werde. Rosenbrock ergänzte darüber hinaus, dass seinem schon im Dezember gestellten Antrag auf Einsicht in die Gauck-Unterlagen noch immer nicht entsprochen sei. Die Presse, müsse er vermuten, habe mehr Unterlagen als er selbst. Er habe bereits im Dezember die Einschaltung neutraler Persönlichkeiten zur Klärung der Fragen vorgeschlagen, der Betriebsrat des WZB habe dies bei seinem Widerspruch gegen die Kündigung erneut angeboten und zuletzt habe noch Prof. Dr. Dr. Heiner Legewie Herrn Neidhardt einen entsprechenden Vorschlag übermittelt. (Diesen zitiere ich hier aus dem mir vorliegenden Schreiben: „Das WZB ist in Deutschland durch seine aktive Förderung und seine Forschungen zum Vorreiter für aussergerichtliche Konfliktlösung durch Mediationsverfahren geworden. ... Nachdem der Betriebsrat sich gegen die fristlose Kündigung ausgesprochen hat, ist nicht davon auszugehen, dass der Arbeitgeber WZB in einem Rechtsstreit mit hoher Wahrscheinlichkeit erfolgreich sein wird. In dieser Situation bitte ich Sie zu erwägen, ob nicht eine Mediation durch eine von beiden Seiten anerkannte Persönlichkeit als Chance genutzt werden könnte, einen Rechtsstreit zu vermeiden ... Alle WZB-Publikationen weisen darauf hin, dass ein Mediationsverfahren in der Regel grössere Chancen einer für beide Seiten akzeptablen Konfliktlösung bietet als ein Rechtsstreit.“) Rosenbrock sagte zusammenfassend, er sei weiter zu einer Vermittlung bereit. Der Streit „ist unseres Hauses nicht würdig.“ Von Seiten des WZB war keinerlei Wille zur Einigung erkennbar. Der Verhandlungstermin für die Kammer des Arbeitsgerichts wurde auf den 18. Mai 2000 festgesetzt.

zu 2. Politische Kultur und Vertrauen im WZB

Eine Wissenschafts-Einrichtung („Europas größte außeruniversitäre Forschungsstelle für Sozialforschung“) hat, so die Geschäftsführung, „das Vertrauen“ zu einem langjährigen Mitarbeiter „verloren“, einem Kollegen, „der auch zum Nutzen des WZB sehr erfolgreich und mit beeindruckendem Elan gearbeitet hat“, einem „sehr erfolgreichen Wissenschaftler“ mit „außerordentlichen Verdiensten“, der sich „hohe Reputation erworben hat“ (so wörtlich ebenfalls Neidhardt). Sollte nicht das Wissenschaftszentrum Offenheit nicht nur signalisieren sondern ihr auch Raum geben, wie es dies bis in seine Architektur hinein signalisiert (s. <http://www.wz-berlin.de/allg/arch.de.htm>, „ein freundlicher, unbürokratischer Ort“, ein Ort „für die zahlreichen Kontakte zu externen Wissenschaftlern und Praktikern“)? Worauf hat sich das Vertrauen in Rosenbrock bisher gegründet? Worauf gründet sich das Vertrauen eines Arbeitgebers in einen Wissenschaftler (!), den er angestellt hat und schon über 22 Jahre beschäftigt? Ist nicht die wissenschaftliche Arbeit schon ihrer Natur nach eine maximal öffentliche und begründet nicht sie allein, grade weil in jedem Einzelschritt nachvollziehbar, ein Höchstmaß und damit überhaupt das notwendige Vertrauen in den wissenschaftlich tätigen Arbeitnehmer? Ist das Vertrauen nicht begründet in den Publikationen von Rosenbrock, in seinen

Vorträgen, seinen Beiträgen als Tagungsmoderator, seiner Tätigkeit in den Gremien? Nichts davon kann verloren sein, nichts davon ist verloren - auch nach Neidhardts eigenen Worten. Demgegenüber stehen Aktenvermerke aus einer Behörde, der DDR-Staatsicherheit, die ihrer Natur nach darauf angelegt war, alles und jedes zu sammeln, niemals in Sorge, da geheim, dass unter bestimmten Gesichtspunkten zusammengetragenes Material von anderen für andere Zwecke genutzt werden könnte. Jeder Sozialforscher (schon nach dem ersten Proseminar) weiß, dass Daten, die für einen bestimmten Zweck gesammelt werden, nicht ohne weiteres, und häufig überhaupt nicht, für andere Zwecke verwendet werden können. Jeder Historiker (schon nach dem ersten Proseminar) weiß, dass Quellen vor Verwendung des Inhalts einer mehrfachen Kritik im Hinblick auf Verlässlichkeit und Absichten des Autors, den Zweck der Erstellung, die Sicherheit der Überlieferung etc. zu unterwerfen sind. Was tut Prof. Neidhardt, der Präsident des Wissenschaftszentrums? Sein durch die Wissenschaft Rosenbrocks, also die Tätigkeit auf die sich das Vertrauen des Arbeitgebers in einen Wissenschaftler zu gründen hat, offenbar nicht im mindesten erschüttertes Vertrauen verliert er aufgrund einer persönlichen Bewertung von nicht in beweisbaren Zusammenhängen bestehenden Datensammlungen eines Geheimdienstes, dessen Arbeitsweise er nicht kennen kann. Dabei verlässt er sich auf die Angaben, so hat es sein Rechtsvertreter im ersten Arbeitsgerichtstermin formuliert, "eines Mitarbeiters der Gauck-Behörde". Der Mitarbeiter einer Behörde, die Daten liefert, hat naturgemäß keine Zweifel an der Qualität der eigenen Produkte. Ein Problem entsteht allerdings, wenn die offizielle Einschätzung dieser Daten, die auf der Webseite der Behörde nachlesbar ist (<http://www.snafu.de/~bstu/hva-sira/index.htm>, s. auch meinen Rundbrief vom 27.1.), mit dem, was ihr Mitarbeiter gesagt haben soll, nicht übereinstimmt. Wo zeigt Prof. Neidhardt Offenheit, wenn er alle Vorschläge zur Vermittlung rundheraus ablehnt? Fazit: Der Präsident, Prof. Neidhardt, und sein Rechtsvertreter setzen nicht nur den eigenen sondern den wissenschaftlichen Ruf des Wissenschaftszentrums Berlin insgesamt aufs Spiel!

3. Presse

Die Presse berichtet – zum Glück in Teilen auch zunehmend genauer. Heute z. B. in der Welt, der FAZ (die mir noch nicht vorliegt) und (zum vierten Mal) im Tagesspiegel. Was soll man aber davon halten, wenn gestern im Tagesspiegel (Motto: "rerum cognoscere causas") folgendes geschrieben wird: "Die Frage bleibt, wie die mageren Erkenntnisse im Fall des IM ‚Maurer‘ zu bewerten sind. Möglicherweise, wenn auch sehr unwahrscheinlich, ist Rosenbrock tatsächlich unschuldig in das HVA-Raster geraten. Möglicherweise hat er, wohl ahnend, mit wem er spricht, über Interna gesprochen, ohne sich verpflichtet zu haben. Möglicherweise aber lügt er auch und hat jahrelang mit vollem Wissen gespitzelt." Jeder, der Rosenbrock nicht so gut kennt wie ich, muss und darf als eine Möglichkeit annehmen, er habe tatsächlich "gespitzelt". Aber warum schreibt der Tagesspiegel bei der zweiten Möglichkeit, die jeder einigermaßen neutrale Beobachter auch annehmen muss, er habe "über Interna gesprochen, ohne sich verpflichtet zu haben", dass er dies "wohl ahnend, mit wem er spricht" getan haben müsse? Und warum muss der bisher mindestens ebenso wahrscheinlichen Möglichkeit,

er sei "tatsächlich unschuldig in das HVA-Raster geraten" der Zusatz "wenn auch sehr unwahrscheinlich" beigefügt werden? Kein Hinweis wird im Artikel angeführt, der ein Wissen Rosenbrocks von möglichen Abschöpfungen belegen könnte. Ähnlich unterstellend wird auch in anderen Berichten gearbeitet. Hier könnten Versuche, über Leserbriefe zu argumentieren oder besser noch, direkt mit Journalisten zu reden vielleicht helfen, mehr Journalisten wenigstens dazu zu bringen, beiden Seiten gleichen Raum in der Öffentlichkeit zu verschaffen. Wenn zehn Leserbriefe geschrieben werden, erscheinen vielleicht doch zwei. Oder müssen wir uns mit einer Presse zufrieden geben, die den Schaden, der allein durch den Akt der Kündigung und dessen Mitteilung schon entsteht, ohne dass auch nur irgendein Argument zur Kenntnis genommen zu werden braucht, auch noch vervielfacht?

Zu 4. Rolf Rosenbrock

Wie es ihm geht, steht in seinen Stellungnahmen. Wie er sich fühlen muss, kann mit einiger Sensibilität nachvollzogen werden. Alle Arbeitszusammenhänge, die ihm nicht verwehrt sind, versucht er, trotz der kaum erträglichen Lebenslage zu erhalten und seinen eingegangenen Verpflichtungen nachzukommen. Ab morgen ist er auf dem EU-AIDS-Kongress in Amsterdam mit einem großen Vortrag. Auch in den nächsten Wochen kommt er weiteren, bereits lange eingegangenen Vortragsverpflichtungen nach. Am 18. Mai ist der nächste Arbeitsgerichtstermin. Trotzdem wird er neue Einladungen zu Vortrags- und anderen Veranstaltungen annehmen, wenn sie denn terminlich einplanbar sind.

Zu 5. Nachsatz

Alle von mir erwähnten und zitierten Papiere, auch die Auszüge der SIRA-Datenbank, die mir vorliegen, sowie die Presseveröffentlichungen und weiteres Material, können bei mir eingesehen werden.

Mit freundlichem Gruß

gez. U. Schagen

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN
Fachbereich Humanmedizin
Institut für Geschichte der Medizin
Forschungsstelle Zeitgeschichte

Dr. Udo Schagen
Telefon 030/83 00 92 40
Telefax 030/83 00 92 46
Forschungsstelle Zeitgeschichte der Medizin
e-mail: schagen@medizin.fu-berlin.de

Klingsorstr. 119,
12203 Berlin - Lichterfelde
Internet: <http://userpage.fu-berlin.de/~medberuf/>

Eine Frage für übermorgen

Ein Tip für Arbeitgeber: Wer einen Kündigungsgrund sucht, sollte sich an Joachim Gauck wenden von **Georg Fülberth**

Die Unschuld

Wer sich in den sechziger und siebziger Jahren in politischen Gruppen von linken Intellektuellen umgetan hat – in der »Roten Zelle Ökonomie (Rotzök)«, im »Bund demokratischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler (BdWi)«, in der »Aktion zur Befreiung der politischen Gefangenen in Chile e.V.« – hatte gute Chancen, dort den Dr. Rolf Rosenbrock zu treffen. Er galt als zuverlässiger Pragmatiker. Hatte man sich erst einmal der Gemeinsamkeit der Gesinnungen versichert, war er der richtige Mann, wenn gangbare Wege gefunden werden mußten. Daß er in der SPD war und ist, deutete auf Realitätstüchtigkeit hin.

Die bewies er auch im Beruf. Er ist studierter Ökonom, wurde Professor und arbeitete seit 1977 im »Wissenschaftszentrum Berlin (W BZ)«, dem heute größten außeruniversitären Forschungsinstitut für Sozialwissenschaften in Europa. Dort leitete er die Arbeitsgruppe »Public Health«. Denn das ist sein Spezialgebiet: Gesundheitsökonomie. Hier gibt es kaum ein bundesweit wichtiges Gremium, in dem er nicht gesessen hätte: im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, im Nationalen Aids-Beirat, in den Enquete-Kommissionen des Deutschen Bundestags zu Aids und zur gesetzlichen Krankenversicherung, im Herausgeberbeirat des Bundesgesundheitsblatts, im Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (Es muß sich um eine ziemlich blühende Industrie handeln.) Die Liste seiner wissenschaftlichen Publikationen ist lang, er war erfolgreich beim Einwerben von Drittmitteln. Zugleich schrieb er unverdrossen in der abweichenden Zeitschrift »Dr. med. Mabuse« und gab das »Jahrbuch für kritische Medizin« heraus.

Das schien also möglich: links bleiben und doch Karriere machen. Ohne Abstriche, Risiken und Nebenwirkungen geht das allerdings nicht. Die Radikalität des Rolf Rosenbrock wird sich wohl schon des längeren immer hübsch im rot-grünen Rahmen gehalten haben. Er schätzt die Gesundheitsministerin Fischer und sie ihn. Und was seine Karriere betrifft ... Damit sind wir beim Thema.

1994 begann das Bundeskriminalamt (BKA) wegen des Verdachts geheimdienstlicher Agententätigkeit gegen ihn zu ermitteln. Die CIA hatte sich 1990 einen Bestand aus der Hauptverwaltung Aufklärung (HVA) des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit der DDR verschafft, aus dem angeblich Klar- und Decknamen der in der BRD tätigen Spione ermittelt werden können. Ca. 1993 wurde bundesdeutschen Verfassungsschützern erlaubt, ca. 1.500 von den US-Amerikanern ausgewählte Karteikarten abzuschreiben. Darunter war eine, aus welcher hervorgehen sollte, daß Rosenbrock mit einem »IM Maurer« identisch sei. Allerdings gab es weder eine Verpflichtungserklärung noch von ihm

verfaßte Berichte. Um genau zu sein: Man hatte überhaupt nichts, was gegen ihn hätte verwendet werden können. So wurde das Verfahren 1996 eingestellt, und beide Seiten Rolf Rosenbrock und das BKA – einigten sich darauf, niemandem etwas von dieser Untersuchung zu sagen.

(Ach, übrigens: Sind sie bei Ihnen auch schon gewesen? Inzwischen sickert durch, daß es seit mehr als zehn Jahren, merkwürdigerweise schon vor 1989, immer wieder einmal solche Besuche freundlicher Herren beim linken Milieu gegeben hat. Manchmal ging es auch größer zu: Hausdurchsuchungen. In der Regel wurde offenbar anschließend Stillschweigen vereinbart und wohl meist auch eingehalten. Klug war das vielleicht nicht immer. Im politischen Bedarfsfall ist von interessierter Seite manchmal dann doch etwas öffentlich gemacht worden, und die Untersuchten mußten bekanntgeben: Da sei etwas gewesen, aber das Verfahren sei ja ergebnislos eingestellt worden. So ist offenbar einiges aufgemischt worden, und man hat die Belästigung je individuell weggesteckt. Auch ein Stück Geschichte der Linken und ihrer Demoralisierung: Früher wäre wohl eine Anti-Repressions-Kampagne fällig gewesen.)

Anfang 1999 behauptete die Gauck-Behörde, es sei ihr gelungen, eine Datenbank mit dem Namen Sira (System zur Informations-Recherche der Hauptverwaltung Aufklärung) zu entschlüsseln. Dies sei eine Art Posteingangsbuch der HVA, in welchem Absender, Überschriften und Inhaltsangaben von Berichten verzeichnet waren. Als Lieferant firmierte mehrmals auch IM »Maurer«. Tatsächlich fanden sich in Sira für die Jahre 1979 - 1987 Schlagworte zu Eingangsmeldungen über Berichte aus dem Wissenschaftszentrum Berlin, die dort allerdings nicht als vertraulich gegolten hatten: Sitzungsprotokolle, Projekt- und Personalplanungen, Budgets. Einmal wurde auch Rosenbrock genannt: als Objekt einer Beobachtung. Die Bundesanwaltschaft fertigte im Dezember 1999 einen Aktenvermerk, wonach er »zweifelsfrei« mit der »Quelle Maurer« identisch sei. Heimlich ist sie wohl dankbar dafür, daß sie keine Anklage erheben und ihre These keiner gerichtlichen Überprüfung aussetzen muß: Das Delikt, welches hier vorliegen soll, ist inzwischen verjährt. Rolf Rosenbrock wurde niemals angeklagt oder gar verurteilt. Beides wird in dieser Sache auch künftig unterbleiben. Somit hat er als unschuldig zu gelten.

Das Vertrauen

Seit Dezember 1999 dürfte er Anlaß haben, die Segnungen der Strafjustiz zu preisen, zumindest im Vergleich zu Veröffentlichlicher Meinung und Arbeitsrecht: Man kann nämlich wegen einer Handlung, für die man nicht vom Staatsanwalt angeklagt wird, dennoch von der Presse schimpft und vom Chef entlassen werden.

Im Dezember 1999 verbreitete der »Spiegel« eine Spionage-Story über Rosenbrock, der daraufhin vom Wissenschaftszentrum suspendiert und im Januar 2000 fristlos gekündigt wurde. Der Präsident des WZB, Professor Friedhelm Neidhardt, verlautbarte: Man glaube ihm nicht mehr und habe deshalb das Vertrauen zu ihm verloren. Rosenbrock klagt auf Weiterbeschäftigung. Am 18. Mai ist die erste Verhandlung vor dem Arbeitsgericht.

Jetzt wollen wir uns ein paar Gedanken darüber machen, weshalb sich der Präsident des Wissenschaftszentrums Berlin so benimmt, wie es hier beschrieben werden mußte.

Wer es nicht vermeiden kann, solche Institutionen zur Kenntnis zu nehmen, gewöhnt sich ziemlich schnell an den larmoyanten und beklommenen Gesichtsausdruck, den ihre leitenden Figuren annehmen, sobald von ihren Geldgebern die Rede ist. Das WZB wird vom Bund und vom Land Berlin unterhalten, und es ist überdies von Drittmitteln abhängig. Um sich dies alles nicht zu verscherzen, braucht man – na was wohl? richtig: – das Vertrauen der genehmigenden Instanzen. Dieses aber, so hört man, sei ein ähnlich scheues Reh wie das Kapital. Der Präsident des Wissenschaftszentrums muß deshalb Wert darauf legen, daß alle seine Untergebenen Gewähr für dieses Vertrauen bieten. Das erklärt er wahrscheinlich mit seiner Verantwortung – noch so ein Unwort aus dem Lexikon des Dr. Kohl – die er für die Arbeitsplätze in seiner Einrichtung trage.

Ob Mediziner und Naturwissenschaftler mehr Selbstbewußtsein oder gar ein Rückgrat haben, weiß ich nicht. In den Sozialwissenschaften findet man es kaum einmal: Feigheit gilt hier als die eine Hälfte der Intelligenz, Identifikation mit Macht und Staat als die andere. Damit dürfte der rachitische Zustand dieser Disziplinen zum größeren Teil erklärt sein. (Sehen Sie zu, daß Ihre Kinder solches Zeug nicht studieren.)

Auch darf gerätselt werden, weshalb man sich jetzt ausgechnet wieder Rosenbrock vorgenommen hat. Er selbst, in die Enge getrieben, scheint zu vermuten, man habe indirekt auch die Ministerin Fischer treffen wollen. Das wäre wohl etwas weit hergeholt. Wahrscheinlich ist alles viel banaler. Es gibt nicht nur politische Bedarfsfälle, sondern auch publizistische, außerdem Wichtigtuereien bei der Bundesanwaltschaft, bei Gauck sowieso.

Was wäre, wenn ...

Somit wäre alles gesagt, was über Rolf Rosenbrock, seinen Arbeitgeber und allerlei merkwürdige Erscheinungen in Presse und offiziöser Politik zu bemerken ist. Es bleibt noch eine Frage. Sie lautet: Was wäre, wenn ...?

Unter den Informanten, welche sich von der Hauptverwaltung Aufklärung des Markus Wolf anwerben ließen, waren auch Linke. Wer ab 1989 enttarnt wurde, kam vor Gericht und wurde bestraft. Einige haben ihre Haft schon abgesessen, andere so z. B. Rainer Rupp, der unter dem Decknamen »Topas« in der Nato-Zentrale spionierte - sind noch im Knast, und sei es im offenen Vollzug.

Die Sache könnte noch einmal aktueller werden, denn die Gauck-Behörde hat bekanntgegeben, daß die Liste mit den West-Spionen der HVA, die 1990 an die CIA geriet, in diesem Frühjahr von den Vereinigten Staaten an sie übergeben werde. Der Bundesbeauftragte freut sich auf Erkenntnisse über 5.000 bis 30.000 Ex-Agenten aus der alten BRD. Die große Bandbreite der Zahlen ist interessant und bedeutet: In Wirklichkeit weiß er noch gar nichts.

Vielleicht ist also alles nur geprahlt. Die Pastoren in der Berliner Glinkastraße brauchen von Zeit zu Zeit die Ankündigung

eines Erfolgs, denn sie haben verständlicherweise keine Lust, nach einer etwaigen Abwicklung ihres Amtes wieder vor leeren östlichen Kirchenbänken zu predigen. Einen Hinweis darauf, daß von dem neuen Material vielleicht gar nicht so viel zu erwarten ist, gibt uns die Tatsache, daß sich ja das Bundeskriminalamt bereits 1994 - 1996 gegen Rosenbrock daraus bediente und nichts zustandebrachte. Dennoch können wir einige grundsätzliche Überlegungen zu dem Problem anstellen:

Wer vor 1989 im Westen etwas gegen den Kapitalismus und für den Sozialismus tun wollte, hatte ein paar Optionen: Er (oder sie) konnte einer einschlägigen Partei beitreten, ein Komitee gründen, Artikel schreiben, Geld spenden. Einige nahmen den bewaffneten Kampf auf. Andere kamen zu dem Ergebnis, am effizientesten sei es; wenn sie dem stärksten militärischen und außenpolitischen Feind des deutschen Kapitalismus, der UdSSR, oder der DDR zuarbeiteten, und sei es durch Spionage.

Verloren haben wir schließlich alle, aber der Preis war verschieden hoch. Einige kamen ums Leben, andere sitzen im Gefängnis, wieder andere beziehen ein staatliches Gehalt oder Diäten. Nicht heute, aber hoffentlich doch übermorgen, wenn der Pfarrer Gauck im Himmel ist und dort mit dem Professor Neidhardt Halma spielt, wird über die Frage, welchen Platz die DDR-Spione in der Geschichte der westdeutschen Linken haben, unbefangener gesprochen werden als heute.

Jetzt aber darf man vielleicht schon an eine Antwort von vorgestern erinnern. Sie wurde von August Bebel gegeben. Am Vorabend des Ersten Weltkriegs lieferte er in der Schweiz Informationen über die deutsche Rüstung an einen britischen Diplomaten, der zugleich für den Geheimdienst seines Landes arbeitete. Bestimmt hätte er diesen Gefallen lieber irgendeinem sozialistischen Ausland erwiesen. Das gab es damals noch nicht.

Ein letzter Blick auf Rolf Rosenbrock: Schade, daß er kein Spion ist. Ich hätte nicht schlecht von ihm gedacht.

Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigung des Autors und der Herausgeber - KONKRET 4/2000

Offener Brief

Studierende und Absolventen des Studienganges Public Health in Berlin

Wir, Studierende und Absolventen des postgradualen Studienganges Public Health an der technischen Universität in Berlin, wollen Stellung beziehen zu den gegenwärtigen Diskussionen und Gerüchten um unseren Professor für Gesundheitspolitik am Fachbereich Gesundheitswissenschaften/ Public Health, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock.

Zur Sache: Seit Ende vergangenen Jahres wird in der Öffentlichkeit der Verdacht ausgesprochen, Rolf Rosenbrock habe von 1979 bis 1987 als informeller Mitarbeiter des Spionagedienstes der DDR gehandelt. In der Presse geschieht dies ganz überwiegend in reißerischer, in Tendenz und Tenor vorverurteilender Weise. Ein Ermittlungsverfahren in nämlicher Sache wurde im Jahre 1996 durch die Bundesanwaltschaft eingestellt, weil sich der Verdacht als nicht beweisbar herausstellte. Neuerliche Rekonstruktionen von Unterlagen der DDR-Geheimdienste sollen nunmehr weitere Hinweise erbracht haben. Diese Quellen dürfen in ihrer Beweiskraft als sehr fragil gelten.

Als Arbeitgeber von Herrn Prof. Rosenbrock fühlte sich der Präsident des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB), Prof. Dr. F. Neidhardt, durch diese Informationen veranlasst, diesen unverzüglich im Januar diesen Jahres vom Dienst zu suspendieren und dann fristlos zu kündigen. Herr Prof. Rosenbrock ist seit über 22 Jahren Mitarbeiter am WZB. Der Betriebsrat des WZB hat gegen die Kündigung Widerspruch eingelegt, Rolf Rosenbrock hat Kündigungsschutz vor dem Arbeitsgericht erhoben, die ÖTV hat ihre Bereitschaft zum Rechtsschutz erklärt.

Besonders fragwürdige Bedeutung bekommt die Kündigung durch die Begründung: Als sogenannte ‚Verdachtskündigung‘ stützt sie sich einzig auf die subjektive Einschätzung des Arbeitgebers, dass der Gekündigte einen Vertrauensbruch im Arbeitsverhältnis begangen habe.

Prof. Rosenbrock erklärte mehrfach, niemals wissentlich Kontakte mit Geheimdiensten aufgenommen oder unterhalten zu haben. Seine Angebote, die vorliegenden Dateien (Akten existieren nicht) gemeinsam mit Experten auf ihre Stichhaltigkeit zu überprüfen und den Wegen nachzugehen, wie sein Name in die Dateien geriet und wie seine Person und Informationen aus dem Umfeld des WZB an die Geheimdienste der DDR gelangten, wurden durch die unvermittelte Kündigung ausgeschlagen.

Wir haben Prof. Rosenbrock schätzen gelernt als

- profunden Kenner der Gesundheitswissenschaften (Public Health),
- Fachmann für die beruflichen Kompetenzen der neuen Profession Public Health,
- Lehrer mit brillanter Didaktik und systematischer Lehrstruktur,
- anregenden und motivierenden Mentor in Projekten und Magisterarbeiten,
- kooperativen Vordenker des interdisziplinären Aufbaustudiums.

Prof. Rosenbrock ist unter den Studierenden so beliebt wie angesehen.

Wir achten Prof. Dr. Rolf Rosenbrock für

- sein Eintreten für Soziale Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung,
- die Formulierung darauf zielender, handhabbarer Umsetzungsstrategien durch sozialepidemiologische Gesundheitsberichterstattung und zielgruppenbezogene Gestaltung der Versorgungsstrukturen in Prävention und Behandlung,
- seine Verdienste, in der AIDS-Debatte seit den Achtziger Jahren maßgeblich zur bürgerrechtlichen Zivilisierung der Seuchenpolitik beigetragen zu haben, indem er die Strategie gesellschaftlichen Lernens stark machte gegenüber Maßnahmen individueller Schuldzuweisung und Quarantäne,
- seine methodisch fundierten und realitätsnahen Strategien, Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt zu propagieren und einzuführen, und damit eine Hauptvariable gesundheitlicher Beeinträchtigung nachhaltig zu entschärfen,
- seine gesellschaftspolitische Argumentation, Gesundheit als hohen Wert ernstzunehmen, indem er die Gesundheitspolitik aus ihrer Verengung auf Krankenversicherungspolitik befreit und die implizite Gesundheitspolitik der Sozial-, Arbeitsmarkt-, Stadtplanungs-, Wirtschafts-, Finanz- und anderer Politiken und deren Wirkungen auf Krankheit und Gesundheit in der Bevölkerung zum Thema macht,
- sein Wirken, Public Health als Soziale Innovation und als Profession in der Bundesrepublik zu etablieren.

Wir kennen Prof. Rosenbrock als gesellschaftspolitisch engagierten und menschlich integren Wissenschaftler. Wir sind besorgt, dass die gegenwärtigen Anfeindungen und Verdächtigungen Herrn Rosenbrock menschlich zerrütten, beruflich entkräften und politisch schädigen.

Die gegenwärtige rechtliche und faktische Situation muss als Vorverurteilung betrachtet werden. Der rechtsstaatliche und zivilisatorische Grundsatz, nur Beweisbares und Bewiesenes zu verurteilen, – die apriorische Unschuldsvermutung – wird in seinem Fall missachtet. Die menschenfeindliche Praxis der DDR-Staatssicherheit, ihre Opfer in einen bodenlosen Raum von Mutmaßungen und Handlungsunfähigkeit zu stoßen, scheint hiermit ihre Fortsetzung gefunden zu haben. Die Aktivitäten der DDR-Geheimdienste sollten sensibel quellenkritisch und unter Berücksichtigung der bürokratisch-hierarchischen und klandestinen Entstehungs- und Verwendungszusammenhänge rekonstruiert werden. Ein unbewiesener ‚Verdacht‘ als Begründung einer Kündigung scheint uns nicht hinreichend.

Gleichzeitig könnte die rechtsstaatliche Klärung auf arbeitsgerichtlichem Wege so lange dauern, dass die menschlichen und beruflichen Folgen der Suspendierung und der Rufschädigung durch den Verdacht nicht wieder gut zu machen wären.

Wir wünschen uns

- für Herrn Rosenbrock als Person und Arbeitnehmer,
- in seiner Funktion als Wissenschaftler, Hochschullehrer und Politikberater,
- im Namen rechtsstaatlicher Standards auch und gerade bei der Bearbeitung undurchsichtiger Praktiken von Ge-

heimdiensten,

- für die Zukunft des Faches und der Praxis von Public Health in Deutschland,
- für uns als Studierende und Absolventen mit gesundheitswissenschaftlicher Berufsidentität, dass die Verantwortlichen ein Verfahren wählen, das es beiden Seiten ermöglicht, die Anschuldigungen so schnell und so weit wie möglich aufzuklären, um zur inhaltlichen Arbeit zurückkehren zu können.

Berlin, im März 2000

Susanne Armbruster, MPH; Karin Berger, Apothekerin, MPH; Dipl.-Log. Thera Bosschaart, MPH; Claudia Brackmann MA, MPH; Reiner Brockes, Arzt; Dr. rer. nat. Sabine Bühner; Marivalda Dantas das Virgens, Zahnärztin; Diplom-Tanztherapeutin Petra David; Dipl. Soz.Päd. Christian Denzin, MPH; Dr. med. Joyce Dreezens-Fuhrke, MPH; Dr. med. Annette Elstermann von Elster, MPH; Dipl. Soz. Päd. Michael Ewers, MPH; Dipl. Päd. Marie-Luise Falgenhauer; Klaus Fischer, Arzt, MPH; Dr. med. Markus Follmann, MPH; Dipl. Soz.-Päd Martin Franke, MPH; Sonia Gadea de Reckel, Ärztin, MPH; Dipl. Pol. Raimund Geene, MPH; Dipl.-Psy.

Heide Glaesmer; Dipl.-Ing. Christoph Götz, MPH Sebastian Graubner, M. A.; Isabel Hass, Ärztin; Dr. med. Markus Herrmann, MPH; Dipl. Soz. Päd. Gudrun Hoeft, MPH; Beate Junghänel, Ärztin, MPH; Tatjana Jurczok-Steding, Ärztin; Dipl. Soz. Armin Ketterer, MPH; Dr. med. Stefan Klatt, MPH; Dipl. Soz.-Arb.-Päd. Heidi Klenter; Irene Knöchel-Schiffer Ärztin, MPH; Joachim Köhler, Arzt, MPH; Dipl. Soz.-Päd. Heike Krumbiegel; Dipl. soz.-päd. Michael Krone, MPH; Dr. med. Kristian Kunde, MPH; Dipl. Päd. Beate Kutz, MPH; Dipl. Paed. Anke Lachmann, MPH Dipl. Pol. Birgit Lampe; Heike Mark, Ärztin, MPH; Iris Marreel, MA, MPH; Dr. Med. Dorothea Mathysiak-Klose, MPH; Dipl. Pol. Stefan Meyer, MPH; Ana Isabel Moreno Morales, Ärztin; Dipl. Soz.-Päd Astrid Müller, MPH; Dipl. Soz. Ulrich Nachtigäller, MPH; Dipl. Psy. Marlen Nebelung, MPH; Dipl.-Kauffrau Désirée Niemann, MPH; Dipl. Psy. Christina Papachristou; Erdmute Pioch, Ärztin, MPH; Dipl. Soz. Petra Rattay; Daniel Sagebiel, Arzt; Dipl. Lebensmitteltechnologe Ahmad Saleh, MPH; Dipl.-Pflegepäd. Ursula Schabram, MPH; Dr. med. Rainer Schilling; Barbara Schmidt-Eule MA, MPH; Dipl. Psy. Eva Schmitt, MPH; Dipl. Soz.-Päd. Gisela Schubert; Clarissa Schwarz, MPH; Heike Schwehn, MPH; Petra Sonnenstuhl, Journalistin; Dipl. Biologin Birgit Steen; Dr. med. Ines Steffens, MPH; Dipl.-Ing. Signe Stein; Isabelle Sulger, Apothekerin, MPH; Dipl. Soz.-Päd Christiane Teichner-Diabate; Gudrun Thielking-Wagner, M.A., MPH; Dipl. Soz.Päd. Bernward Weiß, MPH; Dr. med. Christa Wessel; Dr. med. Ute Wolf, MPH; Dr. med. dent. Sebastian Ziller, MPH;

Informationen, Stellungnahmen und ein Diskussionsforum finden Sie ab 15. April 2000 unter: <http://www.fall-wzb-rosenbrock.de>

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze

in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)

Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?

Nur wenige medizinische Leistungen sind unersetzbar, nicht alle in gleichem Maße zweckmäßig, einige sind von geringem Nutzen, manche überflüssig oder sogar schädlich. Manche Gesundheitsprobleme können gänzlich der Eigenverantwortung überantwortet werden, andere legen eine Selbstbeteiligung der Betroffenen nahe, viele bedürfen solidarisch finanzierter Lösungen. Unterscheidungen wie diese stützen sich auf heterogene Argumente, teils ethischer und rechtlicher, teils empirischer Art. Sie ermöglichen es, verschiedenen medizinischen Leistungen unterschiedliche Prioritäten zuzuerkennen - unabhängig von den Wünschen und Präferenzen Einzelner. Eine solche Priorisierung schafft eine wesentliche Voraussetzung, um die heute knapper werdenden Mittel möglichst effizient einzusetzen und Kernbereiche der medizinischen Versorgung vor einer undifferenzierten Rationierung zu schützen. Der folgende Text wird nicht alle Wünsche befriedigen. Es sind andere sozialpolitische Grundpositionen bzw. Gewichtungen, tiefer gehende ethische Reflexionen und eine höhere empirische Bestimmtheit denkbar. Sein Hauptziel ist es, auch in Deutschland eine öffentliche Diskussion anzustoßen.

Die noch vor uns liegende Erarbeitung gesellschaftlich akzeptabler Zuteilungskriterien und -maßstäbe setzt aber eine Vertrautheit mit aktuellen Problemen unserer medizinischen Versorgung, eine klare Terminologie, die Abwägung verschiedener ethischer, rechtlicher und politischer Optionen und eine genaue Analyse empirischer Sachverhalte voraus.

Stellungnahme und Erläuterungen

I. Stellungnahme

1. Gesundheitspolitik, Kostenträger, Ärzte, andere „Leistungserbringer“ und Gesunde wie Kranke sind heute in zunehmender Strenge dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und anderer Sozialversicherungszweige unterworfen. Ständig drohen die Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen zu übersteigen, nicht immer ließen sich Defizite vermeiden.

Die Einnahmen der Sozialleistungsträger sind bei stagnierendem Arbeitsmarkt und rückläufiger Lohnquote kaum zu steigern, wenn man am Grundsatz der Stabilität der Sozialversicherungsbeiträge festhält und keine neuen Finanzierungs-

quellen erschließen will. Gleichzeitig weiten sich – mit unterschiedlicher Dynamik – Angebot, Nachfrage und Bedarf an medizinischen Leistungen aus. Die aktuelle Versorgung vor allem von chronisch Kranken ist bei insgesamt guter Qualität nicht frei von Mängeln. Neben Über- und Fehlversorgung ist besonders bei chronisch Kranken eine nennenswerte Unterversorgung festzustellen.

2. Leben und körperliche Unversehrtheit sind durch unsere Verfassung geschützt (Artikel 2 [2] GG). Gesundheit steht in Bevölkerungsumfragen immer an erster Stelle der Wert-

hierarchie. Ein Recht auf „notwendige Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit“ ist allen Sozialversicherten garantiert (§ 4 SGB I). Es ist auch in verschiedenen Chartas von Patientenrechten enthalten. Eine weitere sozialrechtliche Norm (§ 70 SGB V) schreibt eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige [. . .] Versorgung der Versicherten“ vor.

3. In der Bundesrepublik wird immer öfter und offener über eine Begrenzung der durch die GKV bereitgestellten medizinischen Leistungen gesprochen. Rationierung ist gegeben, wenn aus medizinischer Sicht notwendige oder zweckmäßige medizinische Maßnahmen aus finanziellen Gründen offen oder verborgen vorenthalten werden.

Relativ wenige Leistungen der Medizin sind jedoch in einem strengen Sinne notwendig. Als notwendig – im Sinne der absoluten ärztlichen Indikation – können nur Leistungen gelten, die bei einer nichttrivialen Gesundheitsstörung unentbehrlich sind, sodaß sie – ohne Alternative eine akzeptable Chance bieten, ein wesentliches Behandlungsziel zu erreichen. Andere sind mehr oder weniger zweckmäßig, also relativ indiziert. Für viele dieser zweckmäßigen Leistungen gibt es Alternativen, die kostengünstiger sind oder die GKV überhaupt nicht belasten. Manche Leistungen sind in ihrer Wirksamkeit umstritten, erwiesenermaßen unwirksam oder sogar schädlich.

Die hier gegebene enge Definition notwendiger medizinischer Leistungen bedarf weiterer Präzisierungen; sie scheint jedoch geeignet, den inkonsistenten und unbestimmten sozialrechtlichen und politischen Gebrauch des Begriffes „medizinisch“ zu präzisieren.

4. Sofern eine Rationierung bei uns unvermeidlich ist, ist es ethisch geboten, sie in der Peripherie des weniger Zweckmäßigen zu beginnen, um die Bereiche der sehr zweckmäßigen und vor allem der absolut notwendigen Leistungen so lange wie möglich zu schützen. Damit wird jeder Rationierung eine Diskussion und Feststellung von Prioritäten – gedanklich und zeitlich vorausgehen müssen.

5. Wir verstehen unter Priorisierung die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Priorisierung ist nicht mit Rationierung, dem faktischen Vorenthalten notwendiger oder zweckmäßiger Leistungen, zu identifizieren, sie kann und sollte dieser vielmehr vorausgehen.

6. Die Zentrale Ethikkommission will mit dieser Stellungnahme und ihren Erläuterungen in Deutschland eine über die Fachöffentlichkeit hinausreichende Diskussion befördern. Eine offene Diskussion über Priorisierung scheint ihr fruchtbarer als eine sich möglicherweise still vollziehende Rationierung unter verborgenen oder unklaren Prioritäten.

7. International ist in der letzten Dekade deutlich geworden, dass die Erarbeitung, Feststellung und Umsetzung von Versorgungsprioritäten ein komplexer, anspruchsvoller, zeitaufwendiger und konfliktreicher Vorgang ist. Er könnte durch die Berücksichtigung prinzipieller inhaltlicher und methodischer Hinweise erleichtert werden:

- Frühzeitig sollte die Klärung ethischer, (sozial)rechtlicher und (sozial)politischer Grundpositionen angestrebt werden. Unterschiedliche Positionen führen zu unterschiedlichen Verfahren und Ergebnissen.

- Die Diskussion bedarf einer genauen epidemiologischen bzw. gesundheitswissenschaftlichen Analyse der Morbidität, Mortalität und Versorgungswirklichkeit. Dabei sind qualitative und quantitative Merkmale der Krankheitslast herauszuarbeiten und in Beziehung zu setzen zu den Möglichkeiten ihrer Prävention, Heilung und Linderung – unter Berücksichtigung aller direkten, indirekten und weiteren Kosten sowie ihrer für die GKV kostengünstigen oder sogar kostenlosen Alternativen. Hier besteht eine Beziehung zwischen Priorisierung und den Konzepten und Methoden der evidenzbasierten Medizingesundheitlichen Versorgung.

- Prioritäten sind bedarfsbezogen zu entwickeln. Medizinischer Versorgungsbedarf ist nicht zu verwechseln mit der jeweils aktuellen Versorgung, ihrer Nachfrage oder ihrem Angebot. Bedarf ist dort gegeben, wo beides, eine aktuelle oder drohende gesundheitliche Einschränkung und ein verfügbares präventives oder therapeutisches Verfahren vorliegen. Es muss die Chance bieten, ein als relevant akzeptiertes Ziel zu erreichen. Bedarf setzt – im Kontext der GKV – ein Nutzenpotenzial („ability to benefit“) für die Kranken und Gefährdeten voraus.

- Prioritäten können nur multi- und interdisziplinär erarbeitet werden. Der klinischen Expertise von Ärzten und anderen Therapeuten ist ausreichend Raum zu geben, ohne dabei auf den Sachverstand aus den Bereichen Ethik, Recht, klinische und bevölkerungsbezogene Epidemiologie und Gesundheitsökonomie zu verzichten.

- Solche Vorschläge bedürfen einer weiteren fachlichen, besonders aber einer öffentlichen Diskussion, unter Beteiligung aller betroffenen Gruppen (bzw. deren Repräsentanten). Hierfür sind besondere Verfahren zu entwickeln. Die durch Priorisierung erzwungene Bedarfsnormierung bedarf des Konsenses und der demokratischen Legitimation besonders dort, wo sie individuelle Präferenzen in größerem Umfang begrenzt oder ersetzt.

- Priorisierung setzt abgrenzbare Adressaten voraus. In Deutschland handelt es sich - neben politischen Instanzen (z. B. Bundesministerium für Gesundheit, Parlamente) – typischerweise um Institutionen der (z. T. gemeinsamen) Selbstverwaltung (wie Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger). Sie verfügen in aller Regel über eine sozialrechtlich normierte Strukturverantwortung (manifestiert u. a. in Sicherstellungsaufträgen, Entscheidungsmacht, Kostenträgerschaft) und das Recht wie die Pflicht, einmal festgestellte Prioritäten umzusetzen.

- Prioritäten können sich rasch verändern; sie sind deshalb in periodischen Abständen zu überprüfen. Grundsätzlich sollte ein Verfahren mit Widerspruchsmöglichkeiten für betroffene Gruppen und Einzelpersonen vorgesehen werden. Die therapeutische Freiheit des Arztes ist ebenso zu berücksichtigen wie die Entscheidungsfreiheit des Kranken.

- Im amerikanischen Bundesstaat Oregon wurden alle möglichen präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Leistungen in eine einzige Rangreihe gebracht. Um die Diskussion in Deutschland konkret werden zu lassen, könnte sie sich anfangs und beispielhaft auf wenige Versorgungs- und Indikationsbereiche mit übersichtlichen Verantwortlichkeiten konzentrieren, bei deren Auswahl sichergestellt sein muss, dass damit keine Vorentscheidung der Priorisierung der Gesamtheit medizinischer Leistungen getroffen wird.

Um das Verfahren und seine Stufen festzulegen, ethische Grundpositionen zu erarbeiten, die Fachgruppen zu begleiten und ihre Ergebnisse auszuwerten, die öffentlichen Diskussionen und Anhörungen zu organisieren und die zahlreichen offenen Fragen zu klären, könnte die Bildung einer nationalen Parlamentskommission erwogen werden.

II. Erläuterungen

1. Die Krise der medizinischen Versorgung

Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist, wie in vielen Ländern, in einer schwierigen Lage. Richard Smith, der Herausgeber des British Medical Journal, hat sie durch eine „breiter werdende Kluft zwischen dem“ charakterisiert, „was bei uneingeschränkten Ressourcen möglich wäre, und dem, was man sich tatsächlich leisten kann“ (1). Andere unserer gesellschaftlichen Subsysteme, u. a. Bildung und Erziehung, Innere Sicherheit, Verkehrswesen, sind von vergleichbaren Entwicklungen betroffen. Im Gesundheitsbereich sind drei Faktoren wichtig:

1. In vielen Ländern werden die für das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem durch Zwangsbeiträge oder Steuern aufgebracht Mittel reduziert und/oder in ihrem Wachstum begrenzt auch in Hinblick auf alternative Verwendungen. Einseitig wird von einer „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ gesprochen (2). Es laufen jedoch weniger die Ausgaben aus dem Ruder; maßgebend sind vielmehr (relative) Einnahmedefizite: Sie ergeben sich in Deutschland aus der Anbindung wichtiger Sozialversicherungsbeiträge an die Arbeitsentgelte. Da die Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung nach allen politischen Vorgaben und sozialrechtlichen Normen nicht weiter steigen sollen (§ 71 SGB V), müssen Kostenträger und „Leistungserbringer“ zunehmend mit knappen und unelastischen Budgets rechnen.

2. Gleichzeitig weiten sich – mit unterschiedlicher Dynamik – Angebot, Ansprüche und Nachfrage sowie der Bedarf an medizinischen Leistungen aus. Für die Bedarfsausweitung werden verschiedene Faktoren verantwortlich gemacht: die demographische Entwicklung („Alterung“) der Bevölkerung, die Zunahme chronischer Krankheiten und Residuen, der sich weiter beschleunigende medizinisch-technologische Fortschritt sowie wachsende Ansprüche an solidarisch finanzierte Gesundheitsleistungen.

3. Auch wenn die Qualität der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung im Durchschnitt und auch im europäischen Vergleich gut bis sehr gut ist: epidemiologische Untersuchungen zeigen weiter regionale Versorgungsungleichmäßigkeiten. Besonders bei chronisch Kranken (z. B. mit

Diabetes mellitus, koronarer Herzerkrankung, Hypertonie, entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, Demenzen, Psychosen oder Somatisierungsstörungen) existieren Unter-, Über- und Fehlversorgung nebeneinander. Die Unterversorgung/Unteranspruchnahme (z. B. aller Vorsorgeuntersuchungen) scheint quantitativ zu überwiegen. Würde man diese Defizite ausgleichen wollen, dürfte dies erhebliche zusätzliche Mittel erfordern.

Ein aktuelles Beispiel gibt der Bereich der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung nach dem sog. Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz von September 1996: Es führte die Gesamtausgaben zurück, fixierte sie und begrenzte sie in ihrem weiteren Wachstum; zudem erhöhte es (u. a. durch erhöhte Zuzahlungen) die Schwelle zur Antragstellung - im Gegensatz einerseits zum wachsenden rehabilitativen Bedarf und andererseits zur wohlbekannten rehabilitativen Unterversorgung verschiedener Gruppen chronisch Kranker und Behinderter. Auch wenn im bzw. für das System weitere Wirtschaftlichkeitsreserven aktiviert würden und zusätzliche Finanzierungsquellen erschlossen werden könnten - sie dürften kaum ausreichen, gleichzeitig den wachsenden Bedarf und die existierenden Versorgungsdefizite zu finanzieren.

Durch die o. g. Entwicklung werden nicht nur die Erlöserwartungen der „Leistungserbringer“ begrenzt, sondern auch die neuerdings in den Vordergrund gestellte Funktion des Gesundheitssektors als Wachstums- und Zukunftsbranche (3). So fassen manche eine Zweiteilung der medizinischen Versorgung ins Auge: der solidarisch finanzierte Sektor, der das „medizinisch Notwendige“ abzudecken habe, soll durch einen Leistungsbereich ergänzt werden, der der „Eigenverantwortung“ (d. h. hier der Selbstfinanzierung oder privaten Versicherung) zu überantworten sei. Zu diesem sollen zuerst Leistungen von geringer oder unsicherer Wirksamkeit, zur Förderung der subjektiven Sicherheit bzw. fitness/wellness/beauty“ und zur Abdeckung selbstgewählter Gesundheitsrisiken (z. B. Fernreisen, Sportarten) gehören – Leistungen, deren private Finanzierung zumutbar erscheint. In diesem Sinne haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und ärztliche Berufsverbände ärztlich empfehlenswerte oder noch vertretbare „individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGEL) definiert. Die Liste enthält aber auch eine Leistung, die in anderen Gesundheitssystemen aus solidarischer Finanzierung bereitgestellt und bei uns in Modellversuchen erprobt wird („Mammographie zur Früherkennung des Mammakarzinom bei Frauen ohne relevante Risikofaktoren“). Damit scheint sich eine Zweiteilung der Versorgung, ja jeden Arztes abzuzeichnen: hier innerhalb des vertragsärztlichen Rahmens strenge Rationalität und Wirtschaftlichkeit, dort Anbieter-Kunden-Beziehungen, wie wir sie bisher nur von Waren- und Dienstleistungsmärkten her kennen, auf denen Wirtschaftlichkeit und Qualität durch andere Mechanismen eingefordert werden. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Entwicklung die mangelnde Bedarfsgerechtigkeit und Ungleichmäßigkeit der Versorgung weiter verstärkt (4).

2. Rationierung ohne Priorisierung?

In dieser Situation wird auch bei uns verhalten, aber immer deutlicher über eine Rationierung in der Medizin gesprochen (5; 6; 7; 8). Dabei wird unter Rationierung die Verweigerung von „an sich notwendigen“ (9) bzw. „gesundheitlich

notwendigen" (7), gesellschaftlich verfügbaren und aus Patientensicht akzeptablen Leistungen aus Gründen der Mittelknappheit verstanden. Gesamtgesellschaftlich führte dies zu dem Befund, dass „die von der Solidargemeinschaft abgedeckten Leistungen unter dem Niveau des anerkannt medizinisch Notwendigen" lägen (7).

In Großbritannien ist die Diskussion weiter vorangeschritten. Hier ist offen von „our certain fate: rationing in health care" die Rede (10), auch unter Bezug auf konkrete Fälle (11).

Relativ wenige Leistungen der Medizin sind jedoch in einem streng kausalanalytischen Sinne notwendig, aus ärztlicher Sicht also „absolut indiziert". Zu dieser Gruppe gehören nur solche, ohne die ein wesentliches Behandlungsziel im Falle einer nicht geringfügigen Gesundheitsstörung in keinem Fall erreicht werden könnte, die also ohne Alternative sind. Weitaus größer ist in der Medizin der (im SGB V §§ 12, 70 gemeinte) Bereich des mehr oder weniger Zweckmäßigen, des aus ärztlicher Sicht also relativ Indizierten.

Zweckmäßig ist eine Leistung, wenn sie eine ausreichende Chance bietet, ein als wichtig anerkanntes Behandlungsziel tatsächlich zu erreichen. Zweckmäßigkeit (in § 135 SGB V ist auch von Nutzen die Rede) ist mehr als Wirksamkeit. Es geht nicht um irgendeine, z. B. biologisch nachweisbare Wirkung, sondern um die Annäherung an relevante Behandlungsziele. Zweckmäßige Leistungen haben per definitionem Alternativen, u. a. solche, die vergleichsweise kostengünstig oder - bei entsprechenden Eigenleistungen der Betroffenen – für die GKV sogar kostenlos sein können. Schließlich: Zweckmäßigkeit variiert in einem weiten Bereich, je nach Relevanz der Gesundheitsstörung, des Therapieziels und des zu erwartenden therapeutischen Effekts.

Sollte eine Rationierung i. o. g. S. unvermeidlich werden, dann ist es ethisch geboten, sie in der Peripherie des Zweckmäßigen ansetzen zu lassen, nicht im Bereich der absolut notwendigen medizinischen Leistungen. Ist dies richtig, dann wird jeder Rationierung eine Diskussion und Feststellung von Prioritäten vorausgehen müssen.

3. Priorisierung: eine allgemeine Definition

In der medizinischen Versorgung versteht man unter Priorisierung die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit Posteriorisierung bezeichnet. In der Regel beinhaltet Priorisierung die Feststellung einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht das, was nach Datenlage und öffentlichem Konsensus höchste Priorität hat, also als absolut unverzichtbar erscheint. Nach unten zu nimmt die Bedeutung ab; am Ende der Rangreihe stehen geringfügige oder selbstheilende Gesundheitsstörungen bzw. Verfahren, die umstritten sind oder keinen nachweisbaren Nutzen oder mehr Schaden als Nutzen stiften, also teils überflüssig, teils unzweckmäßig sind.

Dabei soll sich die angesprochene gesundheitliche bzw. medizinische Versorgung auf Gruppen von Gesundheitsgefährdeten, Kranken oder Patienten beziehen; der Begriff „Verfahren" auf abgrenzbare technische Leistungen zwischen präventiven Angeboten/Programmen und der palliativen Behandlung Todkranker, ausdrücklich nicht auf Aspekte der

Begegnung oder des Umgangs zwischen Kranken und klinisch Tätigen. Humanität im Sinne von § 70 SGB V ist nicht posteriorisierbar.

4. Drei zusätzliche Klärungen

4.1 International gesehen ist Priorisierung kein neues Thema (12; 13): Im US-Staat Oregon (14), in den Niederlanden (15), in Schweden (16), Großbritannien (17), Dänemark (18), Neuseeland (19) und Israel (20) hat diese Diskussion eine teils mehr als zehnjährige Geschichte. Zunehmend wird ihre supranationale, z. B. europäische Dimension bewusst (21). 1996 fand die erste internationale Konferenz zu „Priorities in Health Care" in Stockholm statt, 1998 die zweite in London, beide annähernd ohne deutsche Beteiligung. Der erste nationale Workshop wurde im Dezember 1998 in der Evangelischen Akademie Loccum durchgeführt, in englischer Sprache („Allocation und Priority Setting in Health Care"). Allerdings hatte sich schon der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995 (31: S. 47 ff.) mit dem Thema beschäftigt.

4.2 In Oregon (einem US-Staat mit weniger als 3 Millionen Einwohnern) ist der Versuch gewagt worden (22), rund 700 präventive, therapeutische oder rehabilitative Verfahren in eine einzige Rangreihe zu bringen. Angeführt wird sie von Verfahren, die akute lebensbedrohliche Krankheiten heilen können. Ein vergleichbares Unternehmen erscheint für Deutschland zu komplex, aufwendig und konfliktreich. Um in unserem Land rasch zu einer fruchtbaren und konkreten Diskussion zu kommen, wäre die Konzentration auf ausgewählte Versorgungssektoren und Indikationsbereiche von herausgehobener klinischer, epidemiologischer und/oder ökonomischer Bedeutung zu erwägen. Erleichternd wären übersichtliche Verantwortlichkeiten, wie sie z. B. im Bereich der Rehabilitation durch die Renten- oder Unfallversicherung vorliegen. Hier sind Sicherstellungsauftrag, Struktur- und Finanzierungsverantwortung in einer Hand. So könnte man etwa mit rehabilitativen Leistungen in der Kardiologie oder Orthopädie/Rheumatologie beginnen. Denkbar ist es aber auch, exemplarisch Leistungen der Transplantationsmedizin oder der primärärztlichen Prävention zu priorisieren.

4.3 Prioritäten sind veränderlich. Einmal gebildete Rangreihen tragen ihr Verfallsdatum mit sich. Zu rasch kann sich das Krankheitspanorama verändern, zu rasch die Evidenz für oder gegen eingeführte Leistungen, zu rasch können neues Wissen oder neue Verfahren zu veränderten oder neuen Indikationen führen. Andererseits ist Priorisierung ein relativ langsamer Vorgang. Sie darf nicht zu einem Fortschrittshemmnis werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass diagnostische, prognostische, therapeutische etc. Fortschritte rasch auf ihre Effektivität und Effizienz hin geprüft werden können – am besten in kontrollierten Studien und innerhalb eines ausreichend finanzierten Bereiches klinisch-evaluativer und Versorgungsforschung (23). Dies schützt auch gegen eine unkontrollierte Einführung und Verbreitung neuer Verfahren und die heute zu beobachtende Lancierung von Prioritäten sozusagen durch die Hintertür.

5. Aktuelle Notwendigkeit

Priorisierung versucht die Lösung der oben skizzierten charakteristischen Problemlage: Einerseits werden Global- oder

Teilbudgets für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in vielen Ländern eingefroren oder sogar gekürzt – jedenfalls sollen sie (bei uns im Rahmen der GKV) in Zukunft nicht stärker wachsen als die Grundlohnsumme. Andererseits erhöhen sich die Ansprüche an das Gesundheitssystem. Schließlich sind die Unter- und Ungleichversorgung von akut, v. a. aber chronisch Kranken nicht zu übersehen. Daneben entsteht auch bei uns ein Markt für („individuelle“) Gesundheitsleistungen mit erheblichen Beschäftigungseffekten und Wachstumstendenzen und mit unsicheren Abgrenzungen gegen solidarisch zu finanzierende Leistungen. Ungesteuert droht eine Verletzung zentraler ethischer Werte und sozialrechtlicher Normen, vor allem der einer solidarisch finanzierten und in doppelter Hinsicht gerechten, d. h. „bedarfsgerechte(n) und gleichmäßige(n)“ Versorgung der Versicherten (§ 70 SGB V).

Versuche zur Pnonsierung medizinischer Leistungen folgen einer einfachen Logik: Wenn sich die Ressourcen für das Gesundheitswesen bei teils ungedecktem, teils wachsendem Bedarf relativ verknappen, dann müssen die vorhandenen Mittel auf das Wesentliche, eben auf das als prioritär festgestellte, konzentriert werden. Andernfalls wird man die bisher gültigen Werte und rechtlichen Normen fallen lassen, jedenfalls ändern müssen. An Hinweisen hierzu fehlt es nicht (24; 25).

6. Voraussetzungen und Rahmenbedingungen von Priorisierung

6.1 Auf einem freien Markt gibt es keine kollektiven Prioritäten, sondern allein individuelle Präferenzen. Priorisierung setzt eine Solidargemeinschaft und einen Bereich solidarisch finanzierter Leistungen voraus. Dabei spielt es eine untergeordnete Rolle, ob die solidarische Finanzierung über Steuern oder, wie bei uns, durch Zwangsbeiträge erfolgt: Die zur Verfügung stehenden Budgets sind begrenzt und in ihren Umfängen und Zuflüssen nicht beliebig erhöhbar. Unter solchen Bedingungen sind die Interessen Einzelner mit denen anderer Versicherten und der gesamten Solidargemeinschaft in Einklang zu bringen.

6.2 Prioritäten müssen schrittweise in einem durchsichtigen Verfahren erarbeitet werden. Priorisierung beruht auch und besonders auf dem Wissen von Experten. Sie bedarf unterschiedlicher Fachleute, v. a. Kliniker aus den jeweiligen Versorgungsbereichen und Disziplinen, aber auch Sozialmediziner und Epidemiologen, Statistiker, Sozialwissenschaftler, Juristen, Ökonomen, Philosophen und Theologen. Mit „Klinikern“ sind ausdrücklich nicht nur Ärzte, sondern Angehörige aller therapeutischen Berufe gemeint (u. a. Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten, Pädagogen, Sporttherapeuten).

6.3 Die ersten Vorschläge weniger Fachleute und Institutionen (z. B. medizinischer Fachgesellschaften, Einrichtungen der Selbstverwaltung) bedürfen der breiten fachlichen, öffentlichen und politischen Diskussion und Prüfung. Hieran sind selbstverständlich auch die Bürger, die Mitglieder der Solidargemeinschaften, die Gesundheitsgefährdeten, Kranken und Patienten (bzw. ihre jeweiligen Repräsentanten) zu beteiligen.

6.4 Priorisierung braucht einen seinerseits legitimierten Adressaten mit einer belastbaren Sicherstellungs-, Struktur und/

oder Finanzierungsverantwortung sowie dem Vermögen, Prioritäten umzusetzen. Solche Zuständigkeitsbereiche, Aufgaben und Verfahren sind bei uns in aller Regel sozialrechtlich normiert, u. a. für die Bereiche der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Priorisierungsverfahren und -ergebnisse müssen auch vor den Normen und Grundsätzen solcher Institutionen und schließlich vor dem Gesetz bestehen können, sie bedürfen der rechtlichen und der ethischen Legitimation.

6.5 Priorisierung erfolgt nicht in einem Versorgungsvakuum. Sie muss die Versorgungswirklichkeit eines Landes, nach Möglichkeit auch von Regionen berücksichtigen. Diese Wirklichkeit beruht ihrerseits immer schon auf Prioritäten, Zielen, Werten und Normen, unausgesprochenen wie ausdrücklichen. Die jeweils geltenden Prioritäten müssen möglicherweise verändert und weiterentwickelt werden; jedoch können sie nicht einfach durch neue Prioritäten ersetzt werden. Dazu sind sie zu sehr lebendige Medizin- und Sozialgeschichte, zu tief verwurzelt in einem spezifischen Wertgefüge, einer eigenen Kultur, einer materiellen Infrastruktur, in gewachsenen Institutionen und organisierten Interessen. Man mag Prioritäten europaweit diskutieren - akzeptiert und umgesetzt werden müssen sie in einem nationalen und letztlich in einem regionalen Rahmen.

6.6 Zentral für Priorisierung ist die Kategorie des Versorgungsbedarfs („need“ [26]). Wir setzen voraus, dass Bedarf im Einzelfall und für Bevölkerungen und Gruppen – in Annäherung – objektiviert und abgestuft werden kann. In seine Feststellung geht zweierlei ein: die Objektivierung eines drohenden oder bestehenden gesundheitlichen Problems und die Vergegenwärtigung eines notwendigen oder zweckmäßigen (s. o.) präventiven, therapeutischen oder rehabilitativen Verfahrens – bei unzureichenden Möglichkeiten der Selbsthilfe. Im englischen Gesundheitswesen wird Bedarf über die individuelle bzw. aggregierte „ability/capacity to benefit“, d. h. das Potenzial eines als ausreichend erachteten Nutzens definiert. Auf Bedarf kann nur dort erkannt werden, wo ein bestimmter Typ von gesundheitlichen Problemen mit überlegener Wahrscheinlichkeit verhindert, geheilt, gebessert, in seinem Fortschreiten aufgehalten oder in seinen Folgen gemindert werden kann - im Vergleich zum Abwarten, einer Placebo- oder Standardbehandlung. Wo nicht geholfen werden muss, wo noch nicht oder nicht mehr geholfen werden kann, gibt es keinen Versorgungsbedarf im hier gemeinten technischen Sinne – möglicherweise aber Bedarf an humaner Zuwendung und Begleitung und höchstwahrscheinlich auch Forschungsbedarf. Entsprechend dieser Auffassung wurden in Oregon „conditiontreatment pairs“ – in der klinischen Medizin spräche man von Indikationen – in eine einzige Rangreihe gebracht. Dabei ist durchaus, wie in Neuseeland geschehen (17), eine Priorisierung von Patientenuntergruppen innerhalb eines Indikationsbereichs möglich, z. B. dem der endoprothetischen Versorgung von Patienten mit Hüftgelenksarthrosen.

7. Ethische Grundpositionen und Spannungen

7.1 Fundamental ist das Prinzip einer „bedarfsgerechten“ Versorgung. Bedarf („need“) ist, wie angedeutet, von Nachfrage („demand“), aktueller Versorgung („supply“) und Angebot (in Form leerstehender Betten oder anderer freier Ka-

pazitäten) zu unterscheiden. In der Medizin lässt sich die o. g. „ability to benefit“ vergleichsweise am sichersten aus den Ergebnissen klinisch-evaluativer Forschung abschätzen. Es sind die wissenschaftlich kontrollierten Erfahrungen der Vergangenheit, die uns eine Krankheit für heilbar oder linderbar bzw. ein Verfahren für notwendig, zweckmäßig, wirksam, gefährlich usf. halten lassen. Damit ist Priorisierung auf das Konzept, die Methoden und Techniken der evidenzbasierten Medizin (im Sinne von „evidencebased clinical medicine“ [27], und „evidence-based health care“ [28]) angewiesen. Sie orientiert sich an den positiven und negativen Konsequenzen klinischen und systemischen Versorgungshandelns.

7.2 Dabei kommt es auf die Auswahl adäquater Ergebnisindikatoren („Outcomes“, „Zweckmäßigkeitsindikatoren“) an. In erster Linie sind gewonnene Lebensjahre und/oder gewonnene Lebensqualität zu berücksichtigen, Letztere gemessen an einer Verringerung von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen (29; 30) und an der Erfüllung individueller Erwartungen und Präferenzen (Zufriedenheiten).

Dies geht jeder monetären Bewertung medizinischer Verfahren zeitlich, sachlich und ethisch voraus. Es ist darauf zu beharren, dass Medizin der immer kostspielige Versuch ist, das menschliche Leben zu verlängern, krankheitsbedingtes Leid so weit wie möglich und für möglichst alle Betroffenen zu vermindern und die „salus aegroti“ entsprechend zu fördern. Dass dies effizient, d. h. möglichst wirtschaftlich zu geschehen habe, ist ein auch ethisch begründbares Gebot. Die „Swedish Parliamentary Priorities Commission“ (1995) hat als drittes ethisches Prinzip der Priorisierung formuliert: „when choosing between different fields of activity or measures, a reasonable relation between cost und effect, measured in improved health und improved quality of life, should be aimed for“ (14: S. 103). Maßgebend ist der Gesichtspunkt der sog. Opportunitätskosten: Jede Ausgabe an einer Stelle beinhaltet (potenziell) einen entgangenen Nutzen an einer anderen.

7.3 Dennoch plädieren wir dafür, die Priorisierungsdiskussion nicht im engeren Sinne utilitaristisch zu führen (31). Entsprechend der medizinischen Pflichtenlehre (Deontologie) soll die Erreichbarkeit von Versorgungszielen bei definierten (Gruppen von) Kranken maßgebend sein. Eine utilitaristische Orientierung muss dagegen bevorzugt auf den größten Nutzen für die größte Zahl sehen. Dies würde zu einer aktiven Diskriminierung von Kranken führen, die an seltenen Krankheiten leiden, schwerer erkrankt und älter sind. Die hier angeregte sektorbezogene Priorisierungsdiskussion vermeidet – wenigstens vorerst – Vergleiche zwischen heterogenen Versorgungsbereichen. So wäre zuerst „nur“ die Priorität zwischen einer medizinischen Rehabilitation für z. B. Kranke mit einer frühen rheumatoiden Arthritis (bzw. besonderer Untergruppen) vs. Kranke mit unspezifischen Rückenschmerzen (bzw. ihrer Untergruppen) abzuwägen. Die viel schwierigere Frage, ob man nicht alle rehabilitativen Aufwendungen aus utilitaristischen Gründen besser in die Prävention investieren sollte, bliebe erst einmal außer Betracht. Zu ihrer Beantwortung müsste man sich u. a. auf einen einheitlichen Bewertungsmaßstab klinisch heterogener Verfahren geeinigt haben, etwa in Form der umstrittenen „quality adjusted life years (QALY)“.

7.4 Die Bindung von Prioritäten an die Ergebnisse klinisch evaluativer Forschung ist als „empirizistisch“ und „szientistisch“ (32; 33) kritisiert worden. Zu diskutieren wäre deshalb noch einmal, wie die „Dominanz der Experten“ (34) kontrolliert werden soll. In jüngster Zeit ist eine Betonung von „Patientenrechten“ zu beobachten, auch seitens der Bundesärztekammer (35; 36; 37). In keinem Fall wird man aber auf die wissenschaftlich-kritische Analyse von Forschungsergebnissen und der sich daraus ableitenden empirischen Evidenz verzichten können. Alle historisch bekannten Alternativen sind nicht besser, sondern undurchschaubarer, undemokratischer, unzuverlässiger.

7.5 Gleichen Bedarf vorausgesetzt, gilt nach § 70 SGB V das Prinzip der Versorgungsgleichmäßigkeit. Dem entspricht ein vielfältiges Diskriminierungsverbot, etwa nach Alter, Wohnort, sozialer Schicht, ethnischer Zugehörigkeit, religiöser Gruppe und vor allem auch Zahlungsfähigkeit. Versorgungsprioritäten dürfen auch nicht auf die Häufigkeit von Krankheiten bzw. Indikationen und auch nicht auf ihre Genese sehen. Etwas kann nicht allein deswegen als nachrangig eingestuft werden, weil es – wie bestimmte Stoffwechselstörungen (z. B. Morbus Wilson) – selten vorkommt. Problematisch wäre es auch, „selbst verschuldete“ oder verhaltensgebundene Krankheiten prinzipiell zu posteriorisieren; dieses Verbot gilt wenigstens für solche Gesundheitsstörungen, die selbst auf eine Krankheit vom Typ der Sucht zurückgehen, etwa auf Alkoholismus, Essstörungen, Drogenabhängigkeit oder Nikotinabhängigkeit.

7.6 Die Verwirklichung beider Prinzipien (Bedarfsgerechtigkeit und Gleichmäßigkeit der Versorgung) setzt die Existenz und Anerkennung von Solidargemeinschaften voraus. Typischerweise werden in ihnen individuelle Präferenzen, Pläne und Vorkehrungen durch kollektive und strukturelle teils ersetzt, teils flankiert. Insofern enthält Priorisierung immer auch „paternalistische“ Elemente, die die Autonomie der Mitglieder der Gemeinschaften (Patienten wie Leistungserbringer) aus einer Verantwortung für das Wohl aller Schutzbefohlenen bzw. -berechtigten einschränken. Der Freiheitsverlust ist differenziert zu sehen.

GKV Versicherte können nicht jede beliebige Leistung auf Kosten der Gemeinschaft erwarten oder fordern. Sie können aber jeden Leistungsvorschlag ablehnen. Jede Behandlung ist grundsätzlich an ihre Zustimmung nach Aufklärung gebunden. Es gibt bisher keine sanktionsbewehrte Mitwirkungspflicht, wenn man von den vielfältigen Zuzahlungspflichten (u. a. Medikamente, Krankenhausbehandlung, stationäre Rehabilitation) einmal absieht. Es wäre zu erwägen, Zuzahlungen mit abnehmender Zweckmäßigkeit bzw. Priorität von Leistungen ansteigen zu lassen. Zusätzlich haben Kranke und Gesunde selbstverständlich das Recht, und es muss erhalten werden, sich individuell präferierte, kollektiv aber posteriorisierte Leistungen zu kaufen, z. B. durch direkte Zahlungen oder gesonderte Versicherungen.

Gebunden sind auch die sog. Leistungserbringer. Im Kontext von SGB V dürfen sie nicht jede mögliche Leistung auf Kosten der Versichertengemeinschaft veranlassen. Ihre solidarisch finanzierten Leistungen müssen vielmehr notwendig, nützlich und wirtschaftlich sein (§ 135 SGB V). Sie sind zu-

dem durch die *lex artis*, das Berufs- und Haftungsrecht und die ärztliche Ethik eingeschränkt. Mit abnehmender Evidenz für bestimmte Indikationen und Verfahren wachsen die Wahlmöglichkeiten von Ärzten. Weichen sie von den entsprechenden Leitlinien, Standards oder Richtlinien ab, ergibt sich im Streitfall ein Rechtfertigungsbedarf proportional zur Stärke der Empfehlung und ihrer Evidenz und dem Ausmaß der Abweichung. Nur innerhalb dieser Grenzen gilt der Grundsatz der „Therapiefreiheit des Arztes“ (38).

Angesichts der vielfältigen Unsicherheiten plädieren wir für Widerspruchsrechte und Widerspruchsverfahren. Sie sollten es ermöglichen, die Feststellung von Prioritäten generell und im Einzelfall anzugreifen und einer zweiten Prüfung zu unterziehen.

7.7 Ethisch keineswegs neutral sind zahlreiche offene Fragen der Priorisierung. Einige seien beispielhaft genannt: Sollen potenziell lebensrettende Verfahren grundsätzlich Vorrang haben (wie in Oregon)? Soll bei prinzipiell gleichartiger Indikation (z. B. Nierentransplantation bei terminaler Niereninsuffizienz) die voraussichtliche Prognose und Dauer des Erfolgs (etwa bei unterschiedlich alten Kranken) berücksichtigt werden und, wenn ja, wie? Welches Gewicht erhalten die unerwünschten Wirkungen, welches die monetären Kosten? Wie groß muss der Abstand (auf welchen Dimensionen, in welchen Einheiten, unter welchen Messfehlern) zwischen zwei Indikationen sein, um sie als unterschiedlich wichtig anzusprechen? Schließlich sei noch einmal auf alle die Probleme hingewiesen, die beim Vergleich heterogener Indikationen (Prävention vs. Kuration vs. Rehabilitation, Herzkrankheiten vs. Rheumaleiden, „killing vs. crippling diseases“ etc.) entstehen.

7.8 Offen ist auch, wo die Grenze gegenüber den Verfahren zu ziehen ist, die man von der solidarischen Finanzierung ausschließen möchte. Für solche Leistungen wäre eine vollständig private Finanzierung bzw. Vorsorge vorzusehen – ohne für den solidarisch finanzierten Bereich auf verschiedene Formen der Selbstbeteiligung verzichten zu wollen. In der holländischen Diskussion hat als nachgeordnetes Kriterium eine Rolle gespielt, welche Versorgungsleistungen „may be left to individual responsibility and individual payment“ (13). Auch wir kennen das sog. Subsidiaritätsprinzip, bisher besonders im Bereich der Sozialhilfe. Im Bereich der GKV und RV (§ 1 SGB V, § 9 [2] SGB VI) ist von Eigen- und Mitverantwortung bzw. von Mitwirkungspflicht die Rede. In der GKV ist der angedeutete Weg u. a. durch den Verordnungs-Ausschluss einiger Arznei-, Heil- und Hilfsmittel beschritten. Diese richten sich gegen weit verbreitete und/oder rasch vorübergehende „geringfügige Gesundheitsstörungen“, sind von geringem oder umstrittenem Nutzen oder verursachen nur geringfügige Kosten (§ 34 SGB V). Hier scheint eine Weiterentwicklung möglich unter strikter Beachtung der Belastbarkeit der einzelnen Versichertengruppen und der Beobachtung ihrer Reaktionen.

8. Ein Verfahren zur Entwicklung von Prioritäten

In der internationalen Diskussion hat bereits die „zweite Phase der Priorisierung“ (39) begonnen. Die Entwicklung von Prioritäten ist als ein komplexer, anspruchsvoller und konflikträchtiger Vorgang erkannt worden.

Die Stellungnahme hat in Abschnitt 6 für die deutsche Diskussion inhaltliche und methodische Hinweise gegeben. Einige Punkte seien in der folgenden Übersicht noch einmal herausgehoben, einer näher kommentiert:

Acht Schritte einer Priorisierungsdiskussion innerhalb eines begrenzten Versorgungsbereichs

1. Klärung der zugrunde gelegten ethischen, rechtlichen und politischen Prinzipien
2. Feststellung der Aufgaben und Ziele des Versorgungsbereichs
3. Darstellung und Bewertung der aktuellen Versorgungssituation und ihrer impliziten/expliciten Prioritäten
4. Qualitative und quantitative Merkmale der Krankheitslast (Schweregrad, Prognose, Dringlichkeit)
5. Zweckmäßigkeit der auf sie bezogenen Interventionen (Evidenzgrade?)
6. Alternativen, Risiken und unerwünschte Wirkungen
7. Direkte und indirekte Kosten, Effizienz
8. Interessen, Erwartungen und Präferenzen aller (potenziell) Beteiligten

Als achter Punkt ist in der Übersicht die Berücksichtigung der Interessen, Erwartungen und Präferenzen aller potenziell Beteiligten genannt (40). Wir erinnern an die 1996 von der WHO veröffentlichte Charta von Ljubljana und ihre Forderung, „auf das Wort der Bürger (zu) hören und ihre Entscheidungen (zu) respektieren“. Zu einer systematischen Bürgerbeteiligung sind international eine Reihe von Verfahren vorgeschlagen und z. T. schon empirisch geprüft worden. In einer nationalen Studie ist deutlich geworden (41), dass wenigstens zwei Drittel der Erwachsenen „in Entscheidungen über Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen“ einbezogen werden wollen. Als weiter Einzubeziehende werden dann zuerst und mit weitem Abstand Ärzte genannt. Auch dies ist ein Hinweis auf die hier für notwendig gehaltene, offenbar auch von der Bevölkerung erwartete und schließlich vom Sozialrecht gestützte Bedeutung der ärztlich-klinischen Expertise in der Priorisierungsdiskussion. Dennoch gilt, dass Priorisierungsentscheidungen mit Rationierungswirkungen nur in transparenten demokratischen Verfahren und von hierzu ermächtigten Institutionen getroffen werden können.

Diese Entscheidungen anzuleiten und konzeptionell, inhaltlich und methodisch vorzubereiten, könnte (nach schwedischem Vorbild) auch bei uns die Aufgabe einer eigenen Parlamentskommission werden.

Literatur

1. Smith R: Plädoyer für eine offene Rationierungsdebatte. Dt. Ärztebl. 1998; 95: A-2A53-2458 (Heft 40).
2. Braun B, Kühn H, Reiners H: Das Märchen von der Kostenexplosion. Frankfurt, Fischer, 1998.
3. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbilanz. Sondergutachten 1997. Baden-Baden, Nomos, 1997/98.
4. Höffe O: Besonnenheit und Gerechtigkeit: Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. In: Schlicht.: Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität. Hofmann-Verlag, Schattauer, 1999.
5. Höffe O: Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. ZEE, 2000 (im Druck).
5. Ribhegge H: Rationierung und kollektive Entscheidungen im Be-

reich des Gesundheitswesens. Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums Public Health, 1997.

6. Feuerstein G, Kuhnnann E (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden, Ullstein medical, 1998.

7. Nagel E, Fuchs C (Hrsg.): Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart, Thieme, 1998.

8. Moormann T: Rationierung im deutschen Gesundheitswesen? Entwicklung, Status quo und Perspektiven. Stuttgart, Thieme, 1999.

9. Fuchs C: Was heißt Rationierung im Gesundheitswesen? Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript für das 34. Sozialmedizinische Kolloquium, Institut für Sozialmedizin der MUL, 1998.

10. Maynard A, Bloor K: Our certain fate: Rationing in health care. London, Office of Health

11. Hain C, Pickard S: Tragic choices in health care. London: Kings Fund Publishing, 1998.

12. Ham C: Setting priorities for health care: Why government should take the lead. Belfast, Northern Ireland Economic Development Office, 1998.

13. Coulter A, Ham C (eds): The global challenge of health care rationing. Buckingham, Philadelphia, Open University Press, 2000.

14. Kitzhaber JA: Prioritising health services in an era of limits: the Oregon experience. In: BMJ Publishing Group (eds.): Rationing in action. Plymouth, BMJ 1993; 35-48.

15. Scheerder RLJM: Dutch choices in health care. In BMJ Publishing Group ed.): Rationing in action. Plymouth, BM 1993; 49-58.

16. Swedish Parliamentary Priorities Commission: Priorities in Health Care. The Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm Offsetcentral, 1995.

17. Royal College of Physicians of London: Setting priorities in the NHS. London, 1995 (new: 1997).

18. Danish Council of Ethics: 9th Annual Report. Kopenhagen, 1997.

19. Hadom DC, Holmes AC: The New Zealand priority criteria project. Part I: Overview. BMJ 1997; 314:131-134.

20. Chinitz D, Shalev C, Galai N, Israeli A: Israel's basic basket of health Services: the importance of being explicitly implicit. BMJ 1998; 317:1005-1007.

21. Weil O, McKee M: Setting priorities for health in Europe. European J Public Health 1998; 8: 256-258.

22. Bodenheimer T: The Oregon Health Plan Lessons for the Nation. Part I. N Engl J Med 1997; 337: 651-655.

Bodenheimer T: The Oregon Health Plan Lessons for the Nation. Part II. N Engl J Med 1997; 337: 720-723.

23. Hiatt H, Goldman L: Making medicine more scientific. Nature 1994; 37:100.

24. Baier H: Kundenorientierung statt Rationierung. Dt Ärztebl. 1996; 93: A-2683-2686 [Heft 42].

25. Baier H: Ärzte und Patienten als Kunden des Gesundheitswesens. Dt Ärztebl. 1998; 95: A-876-878 [Heft 151].

26. Stevens A, Raftery J (eds.): Health rare needs assessment. Oxford, Redcliff Medical Press, 1994.

27. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB: Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. New York, Edinburgh, London. Churchill Livingstone, 1997.

28. Gray JAM: Evidence-based healthcare. New York, Edinburgh, Lon-

don, Churchill Livingstone, 1997.

29. WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. World Health Organization Geneva, 1980.

30. Matthesius R-G, Jochheim K-A, Barolin GS, Heinz C (Hrsg.). Die ICDH -Bedeutung und Perspektiven (Teil 1). WHO (Hrsg.): Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen Teil 2) Berlin, Wiesbaden, Unstern Mosby, 1995.

31. Lindhohn LA, Emmelin MA, Rosén NM: Health maximation rejected. European J Public Health 1997; 7: 405-410.

32. Evans JG: Evidence-based and evidence biased Medicine. Age and Ageing 1995; 24: 461-463.

33. Klein R: The NHS and the new scientism: solution or delusion? Q J Med 1996; 89: 85-87.

34. Freidson E: Dominanz der Experten. in: Rohde J (Hrsg.): Medizin- und Sozialwissenschaften 3, München-Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg, 1975.

35. Bundesärztekammer: Entwurf einer Charta der Patientenrechte. vgl. homepage „bundesaeztekammetde“: Sept. 1999.

36. Francke R, Hart D: Charta der Patientenrechte. Baden-Baden, Nomos, 1999.

37. Annas GJ: A national bill of patient's rights. N Engl J Med 1998; 338: 6999.

38. Laufs A: Therapiefreiheit des Arztes. ZaeFQ 1997; 91:5592.

39. Holm S: Goodbye to the simple solutions: The second phase of priority setting in health care. BW 1998; 317.1 1004.

40. Mullen P, Spurgeon P: Priority setting and the public. Oxon, Radcliffe Medical Press, X02

Mullen PM: Public involvement in priority setting: Are the methods used appropriate and valid? Paper presented at the Second International Conference on Priorities in Health Care, 1998.

41. Westphal R: Die Bedeutung ausgewählter präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen im Spiegel eines Bevölkerungsurveys. Medizinische Dissertation, MUL, 2000.

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. med. Doerfler, Köln Prof. OL med. von Ferber, Düsseldorf Prof. DL med. Heimchen, Berlin Prof. DL Phil. Höffe, Tübingen (Einhaltung) Prof. Dr. Dr. med. Hofschneider, Martinsried Prof. OL theol. M. Honecker, Bonn Prof. DL med. Jäger, Jena Prof. DL juc Laufs, Heidelberg PD Dr. med. DL phil. Nagel, Hannover Prof. Dr. med. OL dent. richimaier, Köln Prof. DL med. Dr. phil. Raspe, Lübeck Prof. Dr. med. J. Reich, Berlin Prof. Dr. theol. habil. Reiter, Mainz Frau Prof. OL med. Schroeder-Kurth, Eibelstadt Prof. DL phil. Siep, Münster DL med. Skoblo, Berlin (Ablehnung) Prof. BL jur. Taupitz, Mannheim Pf af. Dr. med. Dr. rer. nat. Thews, Mainz

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
Geschäftsführung
Herbert-Lewin-Straße 1
50931 Köln

GEMEINSAME PRESSEERKLÄRUNG: verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte mit Notgemeinschaft Medizingeschädigter Baden-Württemberg e.V. Notgemeinschaft Medizingeschädigter Bayern e.V. Notgemeinschaft Medizingeschädigter Nordrhein-Westfalen e.V.

National Academy of Sciences, Institute of Medicine: Mindestens 44.000 Tote wegen medizinischer Fehlbehandlungen pro Jahr in den USA - wieviele in Deutschland?

8. Februar 2000

Ende November 1999 erschienen der über 200 Seiten starke Bericht einer 19-köpfigen Kommission des amerikanischen Institute of Medicine an der National Academy of Sciences unter Vorsitz von William C. Robinson, Präsident der W.K. Kellogg Foundation. Quintessenz: Pro Jahr fallen zwischen 44.000 und 98.000 Amerikaner medizinischen (Fehl-)Behandlungen zum Opfer - mehr Tote als bei AIDS oder durch Unfälle. „Diese erschreckend hohe Rate medizinischer Behandlungsfehler“, so Robinson, „die Tod, dauerhafte Behinderung und unnötiges Leiden verursacht, ist schlicht inakzeptabel für ein System, das allem voran verspricht, zumindest nicht zu schaden.“

Dr. Thomas Ruprecht, Mitglied des erweiterten VDÄÄ-Vorstands, dazu: „Leider gibt es hierzulande keine vergleichbare Untersuchung. Wir haben jedoch keinen Grund anzunehmen, dass die Situation in Europa bzw. bei uns deutlich besser sei. Auf Deutschland hochgerechnet bedeutete dies zwischen 17.600 und 39.200 Tote pro Jahr, davon ca. 1.700 aufgrund unerwünschter Arzneimittel(neben)wirkungen.“

Das Institute of Medicine schlägt interessanterweise vor, ein 'Federal Center for Patient Safety' mit einem Jahresetat von 100 Mio. Dollar einzurichten – gerade mal 1% der geschätzten 8,8 Milliarden Dollar, die vermeidbare Medizinschäden in den USA pro Jahr an Kosten verursachen. Präsident Clinton hat seine Unterstützung zugesagt und prüft derzeit, welche Möglichkeiten es für eine Realisierung gibt. Von derlei Initiativen kann man in Deutschland bisher nur träumen. Immerhin gibt es jedoch auch bei uns ernstzunehmende Ansätze, sich des Themas anzunehmen. So hat der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) als erster ärztlicher Berufsverband auf seiner diesjährigen Jahreshauptversammlung gemeinsam mit Patientenvertreterinnen und -vertretern getagt. Eingeladen war neben den Notgemeinschaften Medizingeschädigter auch die Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen, ein bundesweiter Zusammenschluss unabhängiger Patientenberatungsstellen. Die Arbeitsgruppe zum Thema 'Patientenrechte, Patientenschutz' stellte fest, dass seit dem Regierungswechsel in Bonn erfreulicherweise einiges in Sachen Stärkung des Patienten in Bewegung geraten ist. Dazu gehört die im Juni einstimmig verabschiedete Patientencharta der Gesundheitsministerkonferenz zum Thema 'Patientenrechte in Deutschland' und das ihr zugrundeliegende umfassende rechtswissenschaftliche Gutachten der Universität Bremen (Francke/Hart) ebenso wie die inzwischen beim Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Arbeitsgruppe zur Vorbereitung eines Patientenschutzgesetzes. In der bundesdeutschen Öffentlichkeit und in der Politik wurde allerdings bisher nicht auf den Zusammenhang von Patientenschutz, der Sicherheit der medizinischen Qualität

mit Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Strukturen im Gesundheitswesen hingewiesen. Mit Zunahme des Arbeitsdrucks, mit Dominanz ökonomischer Gesichtspunkte in den Krankenhäusern und den Arztpraxen, mit Intensivierung der Arbeit, Überschreitung von Arbeitszeiten, mit Einstellung weniger qualifizierten Personals und durch Fehlen von Qualitätssicherungsmaßnahmen sind Risiken einer Fehlbehandlung erhöht! Sowohl den Patientenschutzverbänden als auch dem VDÄÄ ist der Hinweis auf den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen, Inhalten der Medizin und Patientensicherheit wichtig. Dieser Aspekt ist in dem Gesetzentwurf leider nicht angesprochen.

Der weitaus schwierigste Teil der Arbeit liegt jedoch noch vor allen Beteiligten. VDÄÄ und Patientenvertreter stellen dazu fest:

1. Stichwort: Erfassung von Behandlungsfehlern, „Institut für Patientensicherheit“ in Deutschland

Momentan verfügen nur die Haftpflichtversicherer über genaue Daten zur Schadenshäufigkeit, Schwere des Schadens und der Schadensentwicklung. Auch diese Bestände geben – da unternehmensbezogen – kein umfassendes Bild über die Gesamtsituation in der Bundesrepublik. Weder eine Nutzung zur Fehlerprävention im Rahmen des Qualitätsmanagements noch eine (annähernde) Abschätzung oder Berechnung der Fehlerkosten sind derzeit möglich.

Darüber hinaus fehlt eine unabhängige Anlaufstelle für die Meldung von Schadensfällen bzw. explizite Regelungen zum Quellenschutz; die vorhandenen Stellen bei den Ärztekammern wollen/können meist nur handeln, wenn der Meldende auch dem Beklagten gegenüber seine Identität preisgibt, damit jedoch Gefahr läuft, massive Nachteile für seine berufliche und persönliche Situation in Kauf nehmen zu müssen. Das u.a. aus den großen Serienschadensfällen in Hamburg bekannte Schweigekartell im Umfeld der Schädiger kann so nicht durchbrochen werden.

Analog dem Vorschlag des Institute of Medicine wäre auch in Deutschland die Schaffung eines zentralen, unabhängigen 'Instituts für Patientensicherheit' dringend geboten, ebenso wie gesetzliche Regelungen zur Verpflichtung der Versicherer, ihre Schadensdaten in anonymisierter Form weiterzugeben, z.B. an ein solches Institut und/oder an das Statistische Bundesamt.

2. Stichwort: Paradigmenwechsel in der Medizin

In den letzten Jahren hat ein Paradigmenwechsel in der Medizin stattgefunden. Liegedauerverkürzung, Dominanz von Ansprüchen auf Einhaltung von Budgets mit Möglichkeit zur Sanktionierung innerhalb der Krankenhäuser, aber

auch der niedergelassenen Praxen bestimmen zunehmend die Arbeit. Einsparung beim Personal, Stellenplanprobleme, Zunahme der invasiven Diagnostik und sozialer Probleme der Patientinnen und Patienten führen zu einer Arbeitsintensivierung und Erhöhung des Drucks, die das Entstehen von Fehlbehandlungen fördern. Dabei, drohen Aspekte der Humanität in der ärztlichen Behandlung verloren zu gehen. Zusätzlich fehlt es nach wie vor an strukturellen Voraussetzungen zur Kontinuität von Aspekten der Qualitätssicherung von der ärztlichen Ausbildung, der Weiterbildung, aber auch der kontinuierlichen Fortbildung. Hierzu sind erst erste Schritte durch die Ärztekammern eingeleitet worden.

3. Stichwort Gutachten

Gutachten sind leider oft von geringer Qualität, zahlreiche Sachverständigengutachten einfach falsch (vgl. dazu u.a. den SPIEGEL 23/1999). Für Medizingeschädigte ganz besonders problematisch sind folgende Punkte:

- Fehlen allgemeingültiger Richt- oder Leitlinien für die Gutachtenerstellung,
- Fehlen jeglicher Qualitätssicherung für Gutachten, mangelnde Unabhängigkeit vieler Gutachter,
- Voreingenommenheit der Gutachter bzw. ihr Festhalten an einem gegen den Patienten gerichteten, ständischen Verständnis von „Kollegialität“,
- überteuerte Gefälligkeitsgutachten zugunsten von Patienten, die jedoch vor Gericht nicht standhalten,
- Gutachtenerstellung nach Aktenlage ohne Anhörung und Untersuchung des Patienten,
- mangelnde Hilfsangebote für geschädigte Patienten, unabhängige Gutachter/innen zu finden
- mangelnde Bereitschaft der Justiz, Gutachten wenigstens auf Schlüssigkeit und Widerspruchsfreiheit zu prüfen.

Die Arbeitsgruppe schlug vor,

- finanziell unabhängige, öffentlich-rechtlich verfasste und niemandem weisungsgebundene Gutachterstellen für die Vergabe und/oder Erstellung von Gutachten zu schaffen, vergleichbar den Technischen Überwachungsvereinen in der Industrie. Die bestehenden Angebote der Landesärztekammern bzw. deren Schlichtungsstellen sind weder unabhängig noch transparent und werden für nicht ausreichend gehalten.
- Um Voreingenommenheiten weitestgehend zu vermeiden, sollte umgehend gewährleistet werden, dass Akten und Unterlagen, mit denen Gutachter arbeiten, anonymisiert sind, so dass der Gutachter nicht wissen kann, welcher Arzt oder welche Klinik behandelt hat.
- Gutachter sollten schriftlich eine eidesstattliche Versicherung abgeben müssen, ob sie im jeweiligen Fall befangen sind.
- Für Gutachter sollte eine Zertifizierungspflicht eingeführt werden, die nicht nur regelmäßige Fortbildung und Nachschulung, sondern auch die turnusmäßige Re-Zertifizierung einschließt, eine in der Wirtschaft längst selbstverständliche Praxis.

4. Stichwort:

Verjährungsfrist für Schmerzensgeldansprüche

Problematisch ist die derzeit nur 3jährige Verjährungsfrist für Schmerzensgeld bei medizinischen Schadensfällen. Oft werden Schäden erst relativ spät bemerkt, ebenso der ursächliche Zusammenhang zu einem medizinischen Eingriff. Zu-

dem brauchen Geschädigte oft längere Zeit, um sich als Geschädigte zu verstehen bzw. den Entschluß zu fassen, etwas zu unternehmen. Ein Patientenschutzgesetz sollte daher die Schmerzensgeld-Verjährungsfrist deutlich verlängern. Ideal wäre eine Angleichung an die bereits bestehende Frist von 30 Jahren für zivilrechtliche Ansprüche allgemein. Zu fordern sind darüber hinaus die Einführung einer verschuldensunabhängigen Schadenregulierung durch die Haftpflichtversicherer der Leistungserbringer nach (erfolgreichem) skandinavischem Vorbild, ebenso wie Beweislast erleichterungen und in bestimmten Fällen auch eine vollständige Beweislastumkehr (z.B. bei Dokumentationsmängeln, nachträglich geänderten oder gefälschten Behandlungsdokumentationen oder unzumutbaren Verzögerungen der Einsichtnahme in die Krankenakten).

VDÄÄ und die Patientenvertreter beschlossen, künftig enger zusammenzuarbeiten. Dr. Ruprecht: „Der Kommission des NIH ist vorbehaltlos zuzustimmen, wenn sie feststellt, dass eines der größten Probleme im Zusammenhang mit Medizinschäden das gängige ‘blaming of individuals’, also die Personalisierung des Problems nach dem Sündenbockprinzip ist. Leider wird dies durch das Haftungsrecht und die Abwesenheit verschuldensunabhängiger Entschädigungsregelungen bei Medizinschäden noch erheblich befördert. Ärztinnen und Ärzte sind jedoch auch nur Menschen und machen Fehler. Darüber muß offen gesprochen werden können, ganz besonders vor dem Hintergrund organisationswissenschaftlicher Erkenntnisse, dass 60 - 80% aller Fehlleistungen nicht ‘menschliches Versagen’ darstellen, sondern systembedingt sind. ‘Don't change the people change the system’ lautet daher eine Aufforderung von Donald Berwick, Leiter des renommierten Institute for Health Care Improvement in Boston.

‘Nicht schaden’ – ‘nil nocere’ ist die Quintessenz des hippokratischen Eides – von Wirtschaftlichkeit ganz zu schweigen. Um dies zu gewährleisten, unnötiges Leid zu verhindern und Kosten zu sparen, ist ein Kulturwandel fällig. Im Gegensatz zur Bundesärztekammer und anderen berufsständischen Organisationsvereinen, die in paternalistischen Verhaltensmustern verharren, sich bei dieser Thematik schnell angegriffen fühlen und erhebliche Berührungängste zeigen, ist es nach Auffassung des VDÄÄ gerade Aufgabe der Ärzte, hier Tabus zu brechen, um wirksame Fehlerprävention systematisch in die Versorgung einbauen und leisten zu können.

Winfried Beck, Vorsitzender

Thomas Ruprecht, Mitglied des erweiterten Vorstandes

Telefon 040 - 2 275 95 70

verein demokratischer ärztinnen und ärzte

Kurfürstenstr. 18 • 60486 Frankfurt

Telefon 069 - 779366 • Telefax 069 - 7073967

e-mail: info@vdaee.de • Internet: <http://www.vdaee.de>

Notgemeinschaft Medizingeschädigter Baden-Württemberg e.V.

Schillerstraße 23 • 88239 Wangen/Allgäu • Telefon 07522 - 42 55

Telefax 07522 - 31 39 • Josef Roth (I. Vorsitzender)

Notgemeinschaft Medizingeschädigter Bayern e.V.

Am Vogelherd 2 • 91058 Erlangen • Telefon 06131 - 60 24 26

Telefax 09131 - 60 24 84 • Ursula Grille

Notgemeinschaft Medizingeschädigter Nordrhein-Westfalen e. V.

Bürgerhausa Zons • Schloßstraße 37 • 41541 Dormagen

Telefon 02133 - 4 67 53 • Telefax 02133 - 46 75 • Gisela Bartz

Quellenangabe: http://bob.nap.edu/html/to_err_is_human/ auch: BMJ: VOL 319, 11.12.1999, S.1519 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7224/1519>)

Krebspatienten in der Apotheke

Pharmazeutische Betreuung von onkologischen Patienten

Auf dem Deutschen Apothekertag 1998 in München hat die Hauptversammlung der Apotheker und Apothekerinnen die ABDA beauftragt, den Gesetzgeber zu veranlassen, die pharmazeutische Betreuung in das Apothekengesetz und die entsprechenden Verordnungen für das Apothekenwesen rechtsverbindlich aufnehmen zu lassen. Hiermit hat die deutsche Apothekerschaft zu einem entscheidenden Sprung in die Zukunft angesetzt. Allein die Apotheken sind jetzt gefragt – und zwar Klinikapotheken und öffentliche Apotheken –, die pharmazeutische Betreuung in ihren Institutionen in Gang zu setzen. Die Implementierung bedarf einiger Vorbereitungen, wie eine Studie in Florida (USA) mit 617 Apotheken aufzeigte. Auf internationaler Ebene hat die FIP (Federation Internationale Pharmaceutique) am 4. September 1998 in Den Haag eine Erklärung zu Pharmaceutical Care abgegeben. Die Definition sei an dieser Stelle zitiert:

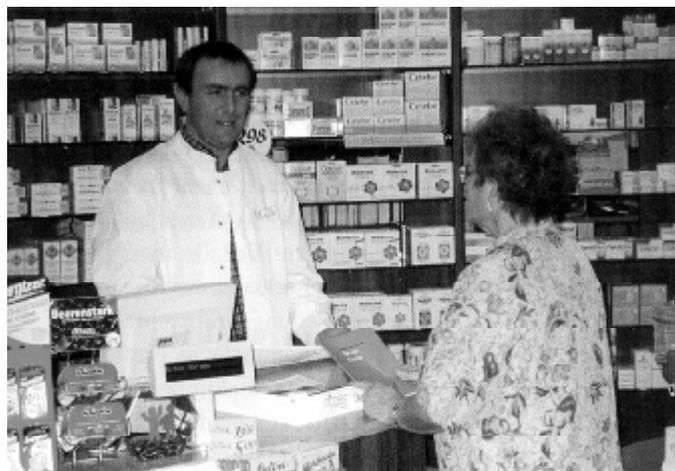
„Pharmaceutical Care ist die verantwortliche Bereitstellung einer Pharmakotherapie, die definierte Therapieergebnisse erzielen soll, die die Lebensqualität eines Patienten verbessern oder erhalten. Es (Pharmaceutical Care) ist ein gemeinschaftlicher Prozess, der medikations- oder gesundheitsbezogene Probleme verhindern oder erkennen und lösen soll. Dies ist ein Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung für die Arzneimittelanwendung.“

Diese Definition gilt weltweit und soll auch Kollegen und Kolleginnen in anderen Erdteilen erreichen und in ihren Aktivitäten bezüglich der Etablierung von pharmazeutischen Dienstleistungen unterstützen. Dieses Bestreben zielt auch auf die Beibehaltung der nicht überall als selbstverständlich angesehenen, aber wichtigen und bewährten Trennung der freien Heilberufe Arzt und Apotheker.

Der onkologische Patient und die betreuende Apotheke

Die onkologischen Patienten bedürfen unserer Aufmerksamkeit und unseres Sachverstandes in vielerlei Hinsicht. Auf der einen Seite sind es die zentrale Zubereitung von Zytostatika und Adjuvantien mit ihren speziellen Anforderungen (Therapiemonitoring, Produkt-, Kontaminations- und Personenschutz, Pharmakoökonomie, Ökologie etc.) und der Arzneimittelsicherheit, die unser fachliches Engagement fordern. Des Weiteren gilt es die pharmazeutische Betreuung mit dem Ziel, die Lebensqualität oder die Heilungsrate des Patienten zu bessern, in die Praxis umzusetzen. Zugegebenermaßen steht die pharmazeutische Betreuung des onkologischen Patienten erst in den Anfängen. Aber das Therapiemonitoring im Rahmen der zentralen Zubereitung ist gesetzlich gefordert und wird bereits durchgeführt. Um auch in einer öffentlichen Apotheke onkologische Patienten pharmazeutisch zu betreuen, bedarf es einer strukturierten

Die ersten Studien zur pharmazeutischen Betreuung in den öffentlichen Apotheken befassen sich vorwiegend mit chronischen Erkrankungen. Die Hamburger und Augsburger Asthmastudie oder die Studie über die Betreuung älterer multimorbider Patienten (OMA-Studie) in Berlin und Westfalen-Lippe sind beispielhaft zu nennen. Die Auswertungen dieser Studien zeigten, dass mit der Durchführung der pharmazeutischen Betreuung die Lebensqualität der Patienten verbessert wird und dass mit dem Arzneimittel Kosten gespart werden. Im folgenden Beitrag wird ein Konzept zur pharmazeutischen Betreuung von Krebspatienten vorgestellt, das in einer Apotheke entwickelt wurde und sich dort bereits in der Praxis bewährt hat.



Typische Situation in einer Apotheke. Bei der Abgabe von Arzneimitteln kann der Apotheker dem Patienten wichtige Informationen zur Medikation geben, aber es fehlt die Intimität für eine ausführliche Beratung

Vorgehensweise. Die Information über den onkologisch/hämatologisch tätigen Arzt und seine Einbeziehung in die pharmazeutische Dienstleistung ist von Beginn an erforderlich. Es muss jederzeit möglich sein, therapiebezogene Probleme mit dem behandelnden Arzt zu besprechen.

Gespräch mit dem Arzt

Sinn und Zweck der Besprechungen mit dem behandelnden Arzt können sein:

- Gewährleistung und Unterstützung einer optimalen Pharmakotherapie,
- Festlegung und Klärung von Therapiezielen zur Orientierung für die pharmazeutische Betreuung,
- Abstimmung der Betreuungsziele mit dem Therapeuten.

Für Therapien gibt es Leitlinien und Standards, auch neben der „evidence based medicine“. Den Erfahrungshorizont und die „Therapieschule“, nach denen der behandelnde Arzt vorgeht, erfährt der Apotheker am schnellsten in direkten Gesprächen mit ihm. Das jeweilige Therapieprotokoll, auf das sich die Verordnungen beziehen, muss bekannt sein. Das Therapiemonitoring vor der zentralen Zubereitung in der Zytostatika- und Sterilabteilung der Apotheke ist nur ein Bestandteil der pharmazeutisch-onkologischen Dienstleistung. Die persönliche Beratung und Betreuung der Patienten stellen einen weiteren wichtigen Bestandteil der pharmazeutischen Tätigkeiten für den Krebspatienten dar. Die Überprüfung der Zytostatikanforderung wird unter Zuhilfenahme einer Checkliste vorgenommen. Apotheken, die sich für schwerstkranken Patienten engagieren, müssen pharmazeutische Kompetenz im Bereich der künstlichen Ernährung und der Schmerztherapie aufbauen.

Nicht nur der Patient, auch der behandelnde Arzt, die Angehörigen und die Pflegedienste profitieren vom pharmazeutischen Fachwissen auf diesen Gebieten. Vor Beginn der Zusammenarbeit mit den Pflegediensten sollte sich der Apotheker über die Qualifikation des eingesetzten Personals und über die Leistungs- und Pflegestandards beim Betreuen der Patienten vor Ort erkundigen.

Entfaltung der Dienstleistung

Der Aufbau einer sachbezogenen Beziehung zwischen Patient und Apotheker beginnt mit der Erstverordnung/Erstanforderung und muss gepflegt werden. Dies kann auch bedeuten, dass der Patient weiterhin seine Stammapotheke frequentiert und nur für die onkologische Therapie die Betreuung der „Spezialapotheke“ in Anspruch nimmt. In diesem Falle scheint auch eine kommunikative Zusammenarbeit zwischen den beiden Apotheken bezüglich Medikation und schon bekannter arzneimittelbezogener Probleme sinnvoll. In naher Zukunft scheint der Austausch von pharmazeutisch relevanten Daten zwischen Klinikapotheke und Offizinapotheke nach Einwilligung durch den Patienten ebenfalls möglich.

Inhalt der Zytostatikaanforderung

Der onkologische Therapeut übermittelt der herstellenden Apotheke vorab die für die Zubereitung relevanten Daten. In der Anforderung zur qualitätsorientierten Herstellung muss enthalten sein:

- der vollständige Name des Patienten und das Geburtsdatum,
- die aktuellen Zahlen zur Körpergröße (cm), Körpergewicht (kg) und die errechnete Körperoberfläche (KOF, m²),
- die Diagnose,
- der Name und die Bezeichnung des Therapieprotokolls, die Verabreichungstage, die Zyklusnummerierung, der geplante Wiederholungstag,
- die Zytostatika mit INN-Bezeichnung,
- die Solldosis der Zytostatika im Rahmen des Schemas in mg/m²,
- die aus der KOF errechnete Dosis pro Applikation,
- die Applikationsart (Injektion, Dauerinjektion, Kurzinfusion, Infusion, Dauerinfusion),
- die Dauer der Applikation (z. B. 24 Stunden Dauerinfusion mit einer Pumpe),
- die Begleitmedikation (Antiemetika, Cortison etc.),
- die Hydratationslösung (Art, Menge und Dauer der Infusion),
- die Blutparameter (z. B. Kreatininclearance, Serumkreatinin, Leukozytenzahl, Thrombozytenzahl, Serumbilirubin), und zwar vor und nach der Chemotherapie,
- evtl. Bemerkungen wie z. B. Dosismodifikation mit Begründung etc.

Der Autor ist sich dessen bewusst, dass die Erstellung eines entsprechenden Anforderungs- und Ordnungsformulars nur mit Absprache und Engagement des onkologisch/hämatologisch tätigen Arztes möglich ist. Die Validierung im Rahmen des apothekerlichen Therapiemonitoring ist nur mit ausreichender Kenntnis der o. a. Informationen über den Patienten möglich. Vor der Zubereitung des Zytostatikums muss die schriftliche Anforderung mit Unterschrift des Arztes vorliegen. Die Angaben können, nach Einverständnis des

Patienten, neben den nicht-onkologischen Diagnose- und Medikationsdaten im Rahmen der Therapiebegleitung eingesetzt werden.

Dokumentation der patientenbezogenen Daten

Am Beginn der Dokumentation steht die Entscheidung des Patienten für die pharmazeutische Betreuung. Daraus folgt die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten, dass Daten über ihn in der Apotheke zur Unterstützung der Beratung gespeichert werden dürfen. Ebenfalls schriftlich verpflichtet sich der Apotheker zur ausschließlichen Verwendung der Daten in der Apotheke. Ein mündlicher Hinweis auf die ohnehin geltende apothekerliche Schweigepflicht ist hilfreich. Der Patient sollte möglichst im ersten Beratungsgespräch über die Möglichkeit der intensiven pharmazeutischen Therapiebegleitung mit Hilfe der Patientenkarte informiert werden. In diesem ersten Gespräch entscheidet sich der Patient für oder gegen eine therapiebegleitende, pharmazeutische Betreuung, sofern er die Entscheidung nicht aufschiebt. Die Ablehnung schließt jedoch eine weitere Beratung des Patienten in der Apotheke nicht aus. Die anfallenden Informationen werden vom betreuenden Apotheker gesammelt und aufgearbeitet. Bei Vergabe von Terminen ist die Vorbereitung eines Gespräches nach Datenlage anzuraten. Des Weiteren werden Beobachtungen festgehalten und betreuungsrelevante Informationen über den Patienten fortgeschrieben. Die Aufzählung mutet sehr umfangreich und zeitaufwendig an. Eine zweckdienlich eingerichtete EDV und eine professionelle Gesprächsführung ermöglichen jedoch das Führen kontrollierter, zeitlich überschaubarer Patientengespräche.

Auswertung von patientenbezogenen medizinischen Informationen

Parallel zu der Sammlung patientenbezogener Daten verläuft die Sammlung objektiver Daten über Arzneimittelanwendungsprofile, einschließlich der Einarbeitung in Standards und Leitlinien der entsprechenden Fachorganisationen. Diese Standards bieten eine gute Grundlage für Besprechungen zwischen Arzt und Apotheker. Die patientenbezogenen Informationen werden in Form der Diagnose festgehalten. Die Äußerungen des Patienten über ihn betreffende medizinische Sachverhalte werden in entsprechend gekennzeichneten Gesprächsnotizen ebenfalls dokumentiert. Seine Angaben zu Arzneimitteln, die er bereits einnimmt oder früher eingenommen hat, lassen ebenfalls Rückschlüsse auf bestehende Erkrankungen zu. Die Auswertung der Informationen erfolgt mit Hilfe von aufgebautem Erfahrungsschatz, angeeignetem Fachwissen, vorhandener Fachliteratur, eventuell auch mit Internetrecherchen (Medline, The Lancet etc.). Sie soll es ermöglichen, therapiebezogene Probleme erkennen zu können. Das Erkennen von Irrtümern und Unklarheiten stellt eine apothekerliche Pflicht gemäß §§ 7 und 17 der Apothekenbetriebsordnung dar. Bei offensichtlichen Irrtümern muss der Apotheker einschreiten und das Gespräch mit dem Arzt suchen. In Kooperation kann zum Wohle des Patienten eine Lösung des Problems gesucht und gefunden werden. Die konstruktive Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker ist ein wesentlicher Beitrag zur Erhöhung der Therapiesicherheit. Der reibungslose Therapieverlauf schafft in der onkologischen Schwerpunktpraxis Zeit für vorrangige ärztliche Tätigkeiten.

Erstellung der Medikationsdatei und eines Arzneimittelanwendungsplans

Die angewandten Arzneimittel werden möglichst komplett dokumentiert, auch wenn diese durch eine andere Apotheke abgegeben wurden oder es sich um ärztliche Muster handelt. Die Arzneimittelchronik dient, neben den geschilderten Patienteneindrücken, zur Aufdeckung arzneimittelbezogener Probleme, insbesondere von bestehenden oder zu erwartenden Wechselwirkungen. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Arzneimittelsicherheit. Die zusätzliche oder ausschließliche

chemotherapeutische Behandlung bietet, neben der Begleittherapie, ausreichend Erklärungsbedarf. Die Aufstellung eines Arzneimittelanwendungsplans ist eine wichtige Basis für die weitere Zusammenarbeit mit Arzt und Patient. Die Zusammenarbeit erstreckt sich – bei Bedarf und wenn sinnvoll – auch auf den Pflegedienst und die Angehörigen. Die Beratungsgespräche sind in einfacher verständlicher Sprache zu führen, durch Nachfragen sollte stets die Aufmerksamkeit des Patienten und das inhaltliche Verständnis überprüft werden.

Der Arzneimittelanwendungsplan (ärztliche Verordnungen und Selbstmedikation) sollte in Form einer abrufbaren EDV-Datei vorliegen. Es ist sinnvoll, dem Patienten ein leserliches, überschaubares Informationsblatt über seine Medikation (kommentierter Einnahmeplan) mitzugeben. Der Arzneimittelanwendungsplan ist nichts Endgültiges, sondern wird permanent erneuert, fortgeschrieben und mit Bemerkungen versehen. Das Führen eines Patienten- bzw. Schmerztagebuches wird hierdurch nicht berührt. Im Gegenteil: Ein Tagebuch mit Patientenvermerken zu Schmerzsymptomatik, Schlafverhalten, seelischem Befinden, Stuhlgang, Körpertemperatur und Nebenwirkungen ist wünschenswert.

Die Betreuungsgespräche erhalten durch Einnahmeplan und Tagebuch einen festen, zeitlich überschaubaren Ablauf. Der Zeitrahmen ist zu Beginn des Gespräches mit dem Patienten festzulegen. Der Apotheker fasst die wichtigsten Gesprächsinhalte schriftlich auf einem Blatt zusammen und gibt es dem Patienten mit. Dieser kann das Blatt zu Hause durchlesen und bei Fragen telefonisch Kontakt aufnehmen, er kann es auch dem Arzt vorlegen und mit ihm besprechen.

Eine kurze Gesprächsnotiz muss auch in der Apotheke niedergelegt werden. Dies ist eine Voraussetzung für die inhaltliche Anknüpfung an vorhergehende Gespräche beim nächsten Patientenkontakt in der Apotheke oder bei telefonischen Rückfragen.

Professionelle Gesprächsführung

Das Gespräch mit dem onkologischen Patient und den Angehörigen stellt besondere Anforderungen an den betreuenden Apotheker. Es kommt nicht nur auf die Informationsvermittlung an, sondern auch auf die Art des Gesprächs: Bei Krebspatienten und ihren Angehörigen sollte die psychologische Seite vermehrt Beachtung finden.

Psychologischer Aspekt

Die psychologische Betreuung gehört in die Hände ausgebildeter Fachpersonen. Der Apotheker sollte deshalb klar seine Zuständigkeit für die Begleitung der ärztlichen Therapie und die Betreuung rund um die Arznei- und Hilfsmittel erklären. Das Gespür für Rat, Zuspruch und Hilfe im Rahmen der Möglichkeiten ist auf jeden Fall nützlich. Die Betroffenheit und Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Tumorerkrankung muss Berücksichtigung in der Gesprächsführung finden. Es darf keine Kompetenzüberschreitung durch den Apotheker stattfinden, weder im ärztlichen noch im psychologischen Verantwortungsbereich. Eine Rolle als Helfer aus psychoonkologischer Sicht wird sich in bestimmten Themenbereichen allerdings nicht immer gänzlich vermeiden lassen. Die Fähigkeit zum beratenden Gespräch muss in Seminaren erworben und geübt werden. Die Betreuung ist nichts für ungeübte, unerfahrene Berufseinsteiger. Was für die Selbsthilfe der Patientengruppen gilt, kann auch für die pharmazeutische Betreuung nicht außer Acht gelassen werden:

- Die Stärkung von Selbstsicherheit und Selbstverantwortlichkeit im Umgang mit dem medizinischen System fördern die Mündigkeit des Betroffenen.
- Der Erhalt alltagspraktischer Hilfen kann wertvoller als mancher Gesprächskontakt sein.

Der betreuende Apotheker wird folglich auf die Lebenssituation und Bedürfnisse des Patienten eingehen und in diesem Umfeld die relevanten Informationen für den Patienten auswählen. Der Berater fragt effektiv, hört aufmerksam zu und vermittelt dann das Wissen im Dialog mit dem Patienten. Eine klar gegliederte und persönlich vermittelte Information findet Aufmerksamkeit beim Zuhörenden und ermöglicht eine positivere Einstellung zur ärztlichen Pharmakotherapie. Eine Verbesserung der Therapietreue sollte auch ein Ziel bei onkologischen Patienten sein, wobei hier eindeutig noch andere Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind (Neutropenie u.a. schwere Nebenwirkungen). In der Apotheke haben wir Kontakt mit Krebspatienten in allen vier Phasen (s. Kasten). Bezüglich der Menschen in der vierten Phase erleben wir eine Zunahme im ambulanten Sektor, da viele Menschen zu Hause sterben wollen. Die Palliativmedizin bietet ebenfalls Aufgabenfelder für die Apotheke. Der beratende Apotheker muss eine professionelle Distanz zum Patienten aufbauen, er darf nicht aktiv am Leben der erkrankten Person teilnehmen und auch nicht in sein Handeln eingreifen. Der Berater muss Verantwortung für die Arzneimitteltherapie mit übernehmen, aber seine Grenzen kennen und den Arzt zu Rate ziehen.

Sozialer Aspekt

Die Professionalität besitzt gleichzeitig einen sozialen Aspekt, hier verstanden in Abgrenzung zur Helferrolle im psychoonkologischen Sinne. Die Grundlagen hierfür sind:

- Es muss ein gesellschaftlicher Auftrag bestehen (trifft für den Apotheker zu).
- Die finanziellen Ressourcen müssen gesichert sein (pharmakoökonomische Studien müssen hierzu durchgeführt werden).
- Die Dienstleistung muss organisiert und für jeden onkologischen Patienten erfahrbar sein. Die gleichen Grundlagen müssen auch für die Klinik gelten.

Phasen der Erkrankung von Krebspatienten (nach [7])

1. Der schockartige Sturz aus der normalen Wirklichkeit durch die Diagnose Krebs.
2. Beginnende Auseinandersetzung mit der Krankheit nach Entlassung aus der Primärbehandlung.
3. Die Phase eines eventuellen Fortschreitens der Erkrankung und damit verbunden die erneute Konfrontation mit der Krankheit.
4. Die Phase der Palliativbehandlung und Sterbegleitung.

Strukturierung des Gesprächs

Die Informationsvermittlung sollte in folgender Reihenfolge vorgenommen werden (nach [5]):

1. Kurze Orientierung zum Gesprächsinhalt und Festlegung der Gesprächsdauer in Minuten.
2. Aktivierung durch eine Frage, um beim Gegenüber Aufmerksamkeit herzustellen.
3. Verknüpfung der zu vermittelnden Informationen mit Beispielen.
4. Strukturierung des Gespräches.
5. Aufbau des Gesprächsverlaufs.
6. Wesentliche Aussagen betonen und zusammenfassen.
7. Verständniskontrolle durch Rückfragen und Wiederholenlassen von erklärten Sachverhalten.
8. Zusammenfassung zum Schluss des Gesprächs.
9. Nachfrage, ob noch Fragen oder Unklarheiten bestehen.
10. Eine kleine Vorschau und Perspektive für das nächste Gespräch aufzeigen. Eine Strukturierung des Gesprächs ist für das Führen eines kontrollierten Dialogs unerlässlich und muss Eingang in alle Beratungsbereiche der Apotheke finden.

Örtliche Voraussetzungen der Betreuung

Ein benutzbarer, mit EDV ausgerüsteter Beratungsraum sollte in einer betreuungsintensiv arbeitenden Apotheke zur Verfügung stehen, zumal eine Beratungsecke gesetzlich vorgeschrieben ist. Das Zurückziehen zu einem Gespräch in Ruhe und Diskretion ist nicht in jedem Falle erforderlich, die Möglichkeit sollte aber in Betracht gezogen werden. Das Signalisieren dieser Möglichkeit ist im Gespräch aus gegebenem Anlass aufzuzeigen. In einigen Fällen kann es sinnvoller und für den Patienten besser verkraftbar sein, das Beratungsgespräch in der onkologischen Praxis während der Infusionszeit zu führen. Dazu ist das Einverständnis des Arztes erforderlich. Da es sich um eine neue Dienstleistung handelt, werden erst Vorbehalte ausgeräumt werden müssen. Der

Arzt kann es unter Umständen als Bedrohung empfinden. Er kann fürchten, dass der Apotheker auf den Sprechstundenbetrieb einwirkt, in die ärztliche Therapie eingreift oder eine Kontrollfunktion auszuüben beabsichtigt. Der Apotheker sollte dem Arzt den konkreten Nutzen für ihn und seine Patienten darlegen:

- Der Arzt leitet die Erklärung arzneimittelbezogener Probleme und sonstige Informationen über Arzneimittel an den Apotheker weiter.
- Der Arzt schafft Raum für seine ureigenste ärztliche Tätigkeit.
- Der Patient wird von zwei Fachpersonen kompetent beraten und kann seine Fragen gezielt stellen, die Bereitschaft zur Mitarbeit von Seiten des Patienten steigt.

Die Erfahrungen mit diesem Konzept werden regional unterschiedlich sein, letztendlich sind aber auch Hausbesuche

des Apothekers und die telefonische Kontaktaufnahme nach Einwilligung des Patienten möglich. Dem Krebspatienten muss zu jedem Zeitpunkt der pharmazeutischen Betreuung vermittelt und bestätigt werden, dass der Arzt die Therapie bestimmt und alle weiteren Schritte einleitet.

Zeitliche Strukturierung der Betreuung

Erster Kontakt mit dem Apotheker

Der erste Kontakt sollte zur Beratung über die aktuelle Chemotherapie und die Begleitmedikation genutzt werden.

Wichtige Beratungsinhalte bezüglich der Zytostatika sind:

- Art der Aufbewahrung der Arzneimittel (bei ambulanten Pumpen, oralen Arzneiformen),
- Einnahme /Anwendungshinweise,
- Ort und Art der Wirkung,
- unerwünschte Wirkungen, die auftreten können (Hilfsmittel wie Perücken und mögliche ärztliche Begleitmedikation für den Bedarfsfall aufzeigen),
- Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nahrungsmitteln,
- Gesprächsnotiz oder Informationsbroschüre über Chemotherapie besprechen und mitgeben,
- den Sinn und die Möglichkeit einer Patientenkarte aufzeigen,
- apothekeninterner Vermerk über Inhalt des ersten Gesprächs.

Erstes Folgegespräch zu Beginn

des folgenden Therapiezyklus

Wenn der Patient den Wunsch für eine therapiebegleitende Betreuung durch die Apotheke nach dem ersten Gespräch geäußert hat, dann ist ein erneutes Gespräch bei Beginn des nächsten Zyklus sinnvoll. Mögliche Inhalte werden sein:

- Kurze Anknüpfung an das erste Gespräch, auch in Bezug auf die Patientenbroschüre,
- Besprechung offener Fragen aus dem ersten Gespräch,
- Fragen nach dem Befinden,
- Beratung über neue Arzneimittel, falls eine Änderung vorgenommen wurde,
- Information über andere Medikamente aus dem nicht-onkologischen Verordnungsbereich,
- Mitgabe einer Gesprächsnotiz, falls erforderlich,
- Gesprächsvermerk für die Apotheke.

Weitere therapiebegleitende Gespräche

Wenn der Patient sich für eine Patientenkarte entschieden hat, ist die längere pharmazeutische Betreuung möglich. Gespräche und Kontaktaufnahme finden dann z. B. bei Änderung der Verordnung statt in diesem Fall erfolgt eine Beratung über das Arzneimittel und ein Inbeziehungsetzen zur bisherigen Therapie etc. Kurze Routinegespräche im Rahmen der pharmazeutischen Betreuung werden in der Apotheke oder telefonisch durchgeführt. Ziele der kontinuierlichen Betreuung sollten sein:

- Verbesserung der Lebensqualität des betreuten Patienten,
- Complianceförderung,
- Erkennung arzneimittelbezogener Probleme,
- Motivation des Patienten zur Erfüllung eines aufgestellten Therapieplans.

Krebspatienten in der Apotheke

- Patienten mit chronischen Erkrankungen wie z. B. Krebs ziehen vielfältigen Nutzen aus der pharmazeutischen Betreuung.
- Die pharmazeutische Betreuung von Krebspatienten muss mit dem behandelnden Arzt abgestimmt werden.
- Der betreuende Apotheker muss die psychologische Fähigkeit zum beratenden Gespräch erwerben.
- Er erstellt für den Patienten eine Medikationsdatei und einen Arzneimittelanwendungsplan.

Das vorgestellte Konzept wurde im Rahmen der Weiterbildung zum Fachapotheker für Offizin-Pharmazie entwickelt. Des Weiteren wurden für die einzelnen Wirkstoffe therapiebegleitende Hinweise erarbeitet, die festlegen, welche Inhalte für die Betreuung des onkologischen Patienten wichtig sind.

Die Umsetzung der pharmazeutischen Betreuung nach diesem Konzept wurde in der Post-Apotheke in Kassel während der Weiterbildungszeit zum Fachapotheker begonnen. Die positive Resonanz der Betreuungsaktivität bei den Patienten hat dazu geführt, die Implementierung dieser Dienstleistung über die Weiterbildungszeit hinaus fortzusetzen.

Michael Höckel (Jg. 1962)

absolvierte nach den Ausbildungen zum Polizeibeamten und Krankenpfleger das Abendgymnasium in Kassel, studierte Pharmazie in Marburg (Approbation 1994) und arbeitet heute als Fachapotheker für Offizin-Pharmazieangestellt in einer öffentlichen Apotheke in Kassel. Daneben ist er als Dozent in der Aus- und Fortbildung von Altenpflegerinnen, PflegelehrerInnen und Arzthelferinnen tätig. Er ist im Vorstand des VDPP (Verein demokratischer Pharmazie-tinnen und Pharmazeuten) und der deutschen Sektion der ISOPP (International Society of Oncology Pharmacy Practitioners). Besondere Arbeits- und Interessengebiete: Pharmazeutische Betreuung von Schmerzpatienten, onkologische Pharmazie, konstruktive, patientenorientierte Zusammenarbeit von Leistungserbringern im Gesundheitswesen (besonders im Bereich Palliativmedizin, ambulante Intensiv- und Altenpflege).

Anschrift: Michael Höckel,
Parkstr. 47, 34117 Kassel
E-Mail: Hoeckel@t-online. de

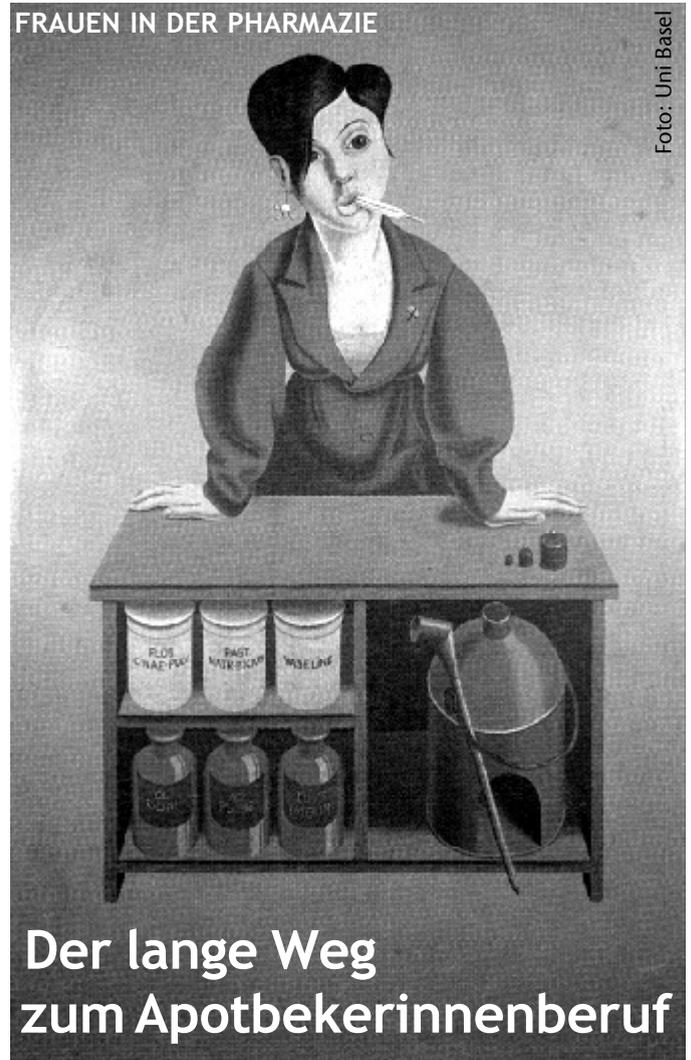
Literatur

- [1] N.N.: Krebs erlebt. Dtsch. Apoth. Ztg. 138, 2344-2347 (1998).
- [2] Cipolle, R. J., Strand, L. M., Morley, P. C.: Pharmaceutical Care Practice. New York 1998.
- [3] Höckel, M.: Patientenorientierte Pharmazie. In: Faber, Glaeske, Puteanus, Schubert: Wechselwirkungen, Beiträge zu Pharmazie und Politik. Frankfurt am Main 1999, S. 259-272.
- [4] Krämer, L: Onkologische Pharmazie. In: Jaehde, Radziwill, Mühlebach, Schunack: Klinische Pharmazie. Stuttgart 1998, S. 253 - 279.
- [5] Lennecke, K.: Pharmazeutische Betreuung. In: Jaehde, Radziwill, Mühlebach, Schunack: Klinische Pharmazie. Stuttgart 1998, S. 179-203.
- [6] Schaefer, M.: Grundlagen und Bedingungen von Informationsvermittlung und Patientenberatung. In: Framen, Schaefer, Derendorf: Patientenberatung in der Apotheke. Stuttgart 1996, S. 25 - 40.
- [7] Schneider, E.: Muss Hilfe professionell sein? Beratung und Begleitung von Krebsbetroffenen aus psychoonkologischer Sicht. Forum DKG (12), 381 - 384 (1997).

[8] Wertheimer, A. L, Smith, M. C.: Pharmacy Practice. Baltimore 1989.

Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigung des Autors und der Herausgeber - Deutsche Apotheker Zeitung, 140/2000

FRAUEN IN DER PHARMAZIE



Der lange Weg zum Apotbekerinnenberuf

Gabriele Beisswanger, Braunschweig, Gudrun Hahn, Halstenbek, Evelyn Seibert, Hamburg, Ildikö Szász, Kassel, Christi Trischler, Erzhausen Frauen sind aus der Pharmazie nicht mehr wegzudenken. Drei Viertel der neu Approbierten sind Frauen. In der öffentlichen Apotheke arbeiten mittlerweile mehr Apothekerinnen als Apotheker und prägen so das Bild 15 der Apothekerschaft in der Öffentlichkeit. Dabei steht der Beruf den Frauen erst seit etwas mehr als hundert Jahren offen. Anlass genug, die Entwicklung des Apothekerberufs von der Männerdomäne zum Frauenberuf nachzuzeichnen, aber auch, die Hintergründe dieser Entwicklung zu beleuchten, die negativen Begleiterscheinungen eines »Frauenberufs« zu thematisieren und Perspektiven für die Zukunft aufzuzeigen.

Im Jahr 1899 wurden Frauen in Deutschland formal zum Pharmaziestudium zugelassen (1). Doch stellt dies keineswegs den Beginn ihrer pharmazeutischen Tätigkeit dar. Auch vorher waren Frauen vereinzelt als Apothekerinnen tätig. In Frauenklöstern lag die Apothekenführung ganz selbstverständlich in weiblicher Hand. Aber erst am Ende des 19. Jahrhunderts haben sich die Frauen den gleichberechtigten Zutritt zum Beruf erstritten.

Als am 24. April 1899 die Prüfungsordnung für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker neu ausgelegt und den Frauen das Studium dieser Fächer als Gasthörerinnen ermöglicht wurde,

war dies der Lohn für die unermüdliche Arbeit der Aktivistinnen der Frauenbewegung. Vorher war es Frauen nur im Ausnahmefall nach einem Antrag an das Ministerium möglich, den Status einer Gasthörerin zu erlangen. In mehreren Petitionen hatten Frauen wie Helene Lange oder Minna Cauer Bildungs- und Studienmöglichkeiten für Frauen gefordert (2). »Höhere« Schulbildung für Mädchen war im Deutschen Reich bis dahin nicht vorgesehen. Es gab private höhere Töchterschulen, deren Abschluss aber nicht zum Besuch der Universität berechtigte. Das wissenschaftliche Studium war eine Domäne der Männer. Um die Qualifikation für den Hochschulzugang zu erwerben, mussten viele Frauen den individuellen Weg über ein Lehrerinnenseminar und Privatunterricht wählen.

Für die angehenden Pharmaziestudentinnen war diese Qualifikation die entscheidende Hürde, die 1899 aus dem Weg geräumt wurde. Voraussetzung für die Zulassung zur Pharmazeutischen Prüfung an der Universität war bis dahin die Berechtigung zum »einjährig-freiwilligen« Militärdienst mit Hilfe eines Schulabschlusses, der den Männern das Privileg eines nur ein- statt dreijährigen Militärdienstes gestattete. Dieser war in seiner Logik ein Abschluss für Männer. In der Verordnung vom 24. April 1899 wurden als schulische Voraussetzungen jetzt auch gleichberechtigte Qualifikationen anerkannt. Damit war der Weg für Frauen zum Pharmaziestudium frei.

Jedoch mussten sie sich bei der Bewerbung zum Studium von jedem Professor die Erlaubnis holen, an seinen Lehrveranstaltungen teilnehmen zu dürfen. Als erstes deutsches Land gewährte Baden im Jahr 1900 die volle Immatrikulation. Mecklenburg war 1909 das letzte deutsche Land, das Frauen den Zugang zur Universität gestattete. Im europäischen Ausland verhielt man sich anders: Frauen wurden sehr viel früher an den Universitäten zugelassen. So wurde Zürich Apothekerin in der Weimarer Republik der bevorzugte Studienort der erstendeutschen Akademikerinnen (3).

Gegner und Befürworter des Frauenstudiums

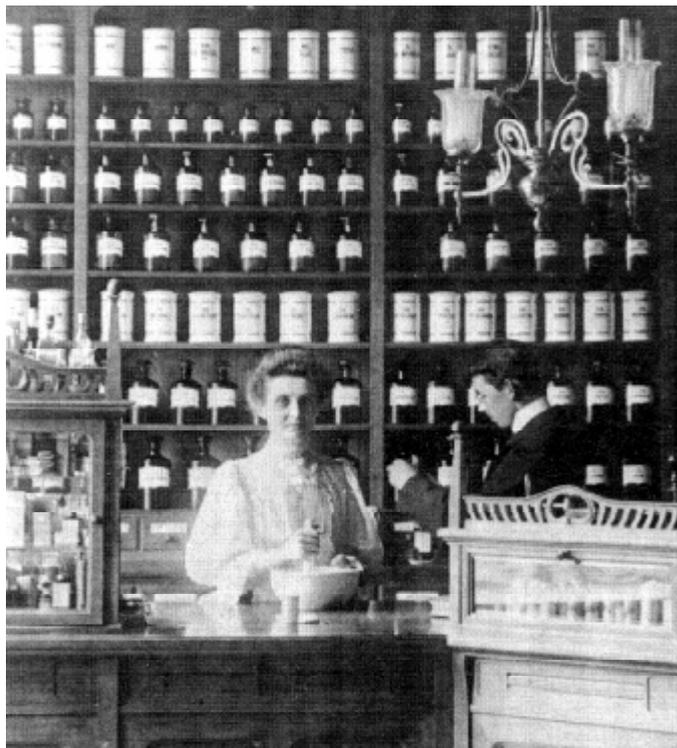
Über die Frage, ob Frauen zum Studium der Pharmazie zugelassen werden sollten und ob sie sich für den Beruf eigneten, wurde innerhalb der Apothekerschaft jahrelang heftig gestritten (4). Besonders vehement wurden die »Frauen im Reiche Aeskulaps« von dem bedeutenden Pharmaziehistoriker Hermann Schelenz (1848 bis 1922) in seiner 1900 erschienenen gleichnamigen Streitschrift diskreditiert und abgelehnt. Er sah seine Zeitgenossinnen als von weiblichen Instinkten getriebene »Wesen«. Diese Regungen machten sie in seinen Augen zur idealen Gattin und Mutter, mit der Ausübung eines Berufes, etwa dem der Ärztin oder Apothekerin, waren dieserlei Instinkte jedoch keinesfalls in Einklang zu bringen. Für ihn stand fest: »Es gibt nichts Widerwärtigeres, wie ein die gesteckten Grenzen überschreitendes Mannweib« (5). Darüber hinaus entwarf er das Schreckensbild der giftmordenden Apothekerin (6):

»Wie viel größer muß die Gefahr für das Weib werden, dem offiziell Macht über den Lethetrank gegeben wird, der Verderben und Tod bringt, wenn die Hand, die ihn ergreift, nicht unter der Herrschaft ruhig abwägenden Verstandes steht.«

Diesen Verstand billigte er nur männlichen Apothekern zu und zählte unzählige Beispiele von angeblich frauentypischen Giftmorden auf. Daneben prophezeite er auch ein

Heer von verzweifelten, weil beruflich völlig überforderten Selbstmörderinnen und war überzeugt, »daß sehr bald die Selbstmordziffer der Zukunfts-Pharmazeutinnen eine erschreckende Höhe erreichen wird« (7).

In der Auseinandersetzung überwogen schnell die Befürworter. Vor allem unter den ländlichen Apothekern mehrten sich die Stimmen, die den in strukturschwachen Gegenden problematischen Gehilfenmangel durch weibliches Personal beheben wollten und damit ganz eigennützige Interessen verfolgten. Manch einer konnte sich eine Frau in der Apotheke nur als Hilfskraft vorstellen. Wenn Partei für die Frauen ergriffen wurde, dann »nicht im Sinne der Ausbildung besonderer weiblicher Apotheker, sondern der ausnahmsweisen Ge-



Magdalena Neff, geborene Meub, in ihrer Apotheke in Ehringen, circa 1910/1913 Foto: Dr. Rüdiger Rümbach, Ehringen

stattung einer Unterstützung, nota bene nicht Vertretung gehilfenloser Landapotheker durch weibliche Familienmitglieder, ein recht gewaltiger Unterschied!« (8).

Die Befürworter des Frauen-Pharmaziestudiums stellten hingegen deren besondere Eignung für den Beruf heraus, so Marie Mellien 1896 unter dem Titel »Die Frau als Apothekerin« (9):

»Der pharmazeutische Beruf ist ein echt weiblicher, nicht nur wie er in Urmütterzeiten in der Klosterzelle und im Burgfrieden ausgeübt wurde, sondern auch wie er am Rezeptiertisch und im Laboratorium der modernen Apotheke sich gestaltet. Es erfordert keine außergewöhnlichen Geistes- und Körperkräfte, kein überweibliches oder unweibliches Hinaustreten in die Öffentlichkeit, keine besonders langwierige und kostspielige Lehrzeit; er kommt vielen echt weiblichen Instinkten und Anlagen entgegen, dem Sinn für das Kleine, Einzelne, der Akkuratess, Sauberkeit, Handgeschicklichkeit, der Geduld und Aufmerksamkeit, die so vielen Frauen eig[n]en. Er appelliert endlich in seinem Kern . . . der helfenden Frau: ihr Mitleid, ihre liebevolle Dienstfertigkeit und Hilfsbereitschaft!«

Selbst Mediziner, die sich Frauen nicht als Ärztin vorstellen konnten, hielten sie für die Tätigkeit als Apothekerin geeignet, denn: »Frauen sind mehr an Reinlichkeit, Ordnung und Genauigkeit im Arbeiten gewöhnt als die Männer; ich halte sie für geeignet zum Dispensieren von Arzneien, während sie für größere Arbeiten in den pharmaceutischen Laboratorien, wozu chemische Kenntnisse gehören, wohl weniger geeignet sind« (10). Die Bandbreite der Vorstellungen über die zukünftigen Apothekerinnen reichten von ihrer völligen Ablehnung bis hin zu der Ansicht, sie seien sogar besser für den Apothekerberuf geeignet als ihre männlichen Kollegen.

Die ersten Pharmazeutinnen

Zwar wurden Frauen im Jahr 1899 formal zum Pharmaziestudium zugelassen, das bedeutet aber nicht, dass sie ihr Studium tatsächlich auch aufnehmen konnten. Denn im Gegensatz zu anderen Studienfächern musste für das Pharmaziestudium noch eine weitere Hürde überwunden werden: die Lehr- und Gehilfenzeit. Nach dem erforderlichen Schulabschluss – bis 1904 die Obersekundareife – und vor Beginn des Studiums mussten zuerst drei Lehrjahre absolviert werden, die bei Vorliegen des Abiturs auf zwei Jahre verkürzt werden konnten (11). Nach bestandener Gehilfenprüfung folgten drei weitere Jahre praktischer Tätigkeit in einer Apotheke. An diese fünf bis sechs Jahre harter körperlicher Arbeit schloss sich das eigentliche Studium von drei Semestern an. Frühestens 1904 konnte also eine Frau das Pharmaziestudium beginnen. Im selben Jahr schrieb sich Magdalena Meub an der Technischen Hochschule Karlsruhe ein.



Eva Kobylinski als Pharmaziestudentin in Berlin 1906, Foto: Dr. Frank Leimkugel, Mülheim

Die Lehr- und Gehilfenzeit bedeutete nicht nur eine zeitliche Hürde, sondern stellte die Frauen auch vor das Problem, einen Lehrapotheker zu finden, der bereit war, einen weiblichen Lehrling aufzunehmen. Außerdem war es für die jungen Mädchen wenig attraktiv, beispielsweise bei einem ledigen Landapotheker eine Lehre zu beginnen. Denn dies bedeutete, im Haus des Lehrherrn zu wohnen, von morgens bis abends inklusive der Wochenenden in der Apotheke zu arbeiten und höchstens zwei Nachmittage pro Woche frei zu bekommen (12).

Der handwerkliche Charakter des Apothekerberufs ist sicher einer der Gründe dafür, dass das Pharmaziestudium bei den ersten studierwilligen Frauen nicht sonderlich beliebt war. So studierten im Sommersemester 1911 insgesamt etwa 2500 Frauen an deutschen Universitäten. Davon wählten etwa die Hälfte die Fächer Philologie und Geschichte, 20 Prozent die Medizin und ein beachtlich hoher Anteil von 15 Prozent Mathematik und Naturwissenschaften. Pharmazie wählten dagegen nur 0,3 Prozent der Studentinnen. Den acht studierenden Frauen standen 1012 männliche Pharmaziestudenten gegenüber; der Frauenanteil lag mit 0,8 Prozent unter dem durchschnittlichen Anteil von 3,6 Prozent in allen Studienfächern (13).

Viele angehende Pharmazeutinnen stammten aus Süddeutschland. Dies lag nicht nur an der hohen Toleranz der Eltern und Lehrherrn, sondern auch an dem Wunsch, den Töchtern die Mitarbeit oder gar Weiterführung des elterlichen Betriebs zu ermöglichen. Außerdem waren das Großherzogtum Baden und das Königreich Württemberg ohnehin Vorreiter bei der Neuordnung des Mädchenschulwesens. Ein Fünftel der Studentinnen waren Töchter von Apothekern. Für sie war die Suche nach einem Lehrherrn weniger schwierig (14).

Magdalena Meub (1881 bis 1966) war die erste Frau, die das Pharmaziestudium erfolgreich abschloss. Sie hatte das Glück, in Baden zur Welt zu kommen. Hier wurde bereits 1893 in Karlsruhe das erste deutsche Mädchengymnasium eröffnet, wo sie 1899 die Reifeprüfung ablegte. Noch im selben Jahr, in dem den Frauen die Apothekerlaufbahn geöffnet wurde, trat sie die Lehrzeit an. Sie studierte von 1904 bis 1906 an der Technischen Hochschule Karlsruhe. Nach der Heirat mit Apotheker Adolf Neff leitete sie ab 1906 zusammen mit ihrem Mann eine Apotheke in Ehingen/Donau. Noch als Gehilfin gründete sie 1902 die Rundbriefaktion der angehenden Apothekerinnen, später »Bund deutscher Pharmazeutinnen« genannt. 1964 verlieh ihr die ABDA die Lesmüller-Medaille (15).

Im Jahr 1861 war Apothekern jüdischen Glaubens die Leitung einer Apotheke gestattet worden, und die Zahl der jüdischen Apotheker nahm zu. Paula Löwenberg (geboren 1895), Hertha Bukofzer (geboren 1899) und Eva Kobylinski (1905 bis 1987) gehörten zu den ersten jüdischen Apothekerinnen. Diesen dreien gelang zwar rechtzeitig die Flucht vor den Nationalsozialisten, sie konnten aber im Ausland ihren erlernten Beruf nicht weiter ausüben, sondern mussten sich teils völlig berufsfremde Erwerbsmöglichkeiten suchen (16).

Einige Frauen haben nach der Lehrzeit das Studium gar nicht aufgenommen, sondern als Gehilfin (1904 umbenannt in Vorexaminierte) gearbeitet. So zum Beispiel Johanna Krauß (geboren 1882), die selbst Apothekertochter war und später einen Apotheker heiratete (17). Die Berufstätigkeit als Vorexaminierte, der eigentlich nur ein Übergangstatus und kein eigenständiger Beruf sein sollte, wurde von vielen Frauen ergriffen. Die Vorexaminierten wurden später zum Spielball arbeitsmarkt- und standespolitischer Interessen, da ihre Arbeitsmöglichkeiten als »Halbqualifizierte« je nach Lage begünstigt oder eingeschränkt wurden.

Der Bund deutscher Pharmazeutinnen

Die zahlreichen Hürden, die es zu überwinden galt, veranlassten die ersten studierwilligen Frauen, sich noch während der Lehr- und Gehilfenzeit zu einem Bündnis zusammenzuschließen. Im Jahr 1902 starteten Magdalena Meub und Sophie Wißmar eine Rundbriefaktion, der sich bis zum Jahresende noch weitere neun angehende Apothekerinnen anschlossen (18). Das »Apothekerinnenkränzchen« verstand sich als Vereinigung zur Pflege der persönlichen Beziehungen und Verteidigung der wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder. Die Höhe des Gehaltes war ein großes Problem für die Kolleginnen. Viele Apothekenleiter sahen in ihnen billige Hilfskräfte und wollten sie nicht ihren Leistungen gemäß bezahlen. Die männlichen angestellten Apotheker fürchteten die Kolleginnen bei Stellenbesetzungen als kostengünstigere Konkurrenz.

Johanna Bauerle, geborene Krauß, die Vorsitzende des »Bundes deutscher Pharmazeutinnen«, forderte 1911 in der Süddeutschen Apothekerzeitung (19): »Es hat sich gezeigt, daß die Frauen in geistiger und körperlicher Beziehung dem Beruf vollauf gewachsen sind. In Anbetracht derselben fichten beziehen darum auch die weiblichen Angestellten dasselbe Gehalt wie die männlichen Fachgenossen.«

Die im Bund zusammengeschlossenen Apothekerinnen verpflichteten sich, die Gehaltsforderungen ihrer männlichen Kollegen nicht zu unterbieten. Im Jahr 1915 war der Bund deutscher Pharmazeutinnen bereits auf 85 Mitglieder angewachsen, was immerhin zwei Drittel aller Apothekerinnen entsprach. Danach verlieren sich seine Spuren.

In den folgenden Jahren wuchs die Zahl der Apothekerinnen stetig. Die Zwitterstellung zwischen Handwerk und Wissenschaft, die anfangs ein Hemmnis für die Frauen war, machte die Pharmazie allmählich attraktiv. Zum einen gehörte die Pharmazie in der Universitätshierarchie nicht zu den prestigeträchtigen Studiengängen wie die »ehrwürdigen« Fächer Medizin oder Jura, so dass Frauen der Zugang weniger verwehrt wurde. Zum anderen konnte man als Vorexaminierte bereits Geld verdienen und sich das Studium finanzieren, was bei keiner anderen akademischen Berufslaufbahn gegeben war. Zudem wurde 1904 die Lehr- und Gehilfenzeit auf bis zu drei Jahre verkürzt, und das eigentliche Studium war mit vier Semestern verhältnismäßig kurz. Einige Frauen nahmen deshalb die Pharmazie als Zweitstudium auf, weil sie in ihrem ersten Beruf als Chemikerin oder Lehrerin keine Erwerbsmöglichkeiten fanden. 1932 war der Frauenanteil schon auf knapp dreißig Prozent gestiegen. Die Pharmazie war zu einem der beliebtesten Fächer der studierenden jungen Frauen geworden.

Als approbierte Apothekerin anerkannt zu werden, war in jenen Jahren nicht leicht. Immer noch waren die Patienten ein tradiertes Erscheinungsbild gewohnt, das den Mann als Apotheker, die Frau allenfalls als Hilfskraft zeigte. Durch Abzeichen in Form einer Brosche, die auf dem Laborkittel getragen werden sollte, versuchten die approbierten Apothekerinnen sich als solche erkennbar zu zeigen und sich von den Hilfskräften zu unterscheiden (20).

Weltwirtschaftskrise und Arbeitslosigkeit

Die Weltwirtschaftskrise der zwanziger Jahre machte auch vor der Apothekerschaft nicht halt. So war zum Jahreswechsel 1931/32 bereits mehr als ein Viertel aller nichtselbstständigen Apotheker und Apothekerinnen arbeitslos (21). »Da man im Apothekerberuf früher die Arbeitslosigkeit nicht kannte, herrscht immer noch die Meinung vor, daß hauptsächlich diejenigen Kollegen ohne Beschäftigung sind, denen wegen ihrer geringen Leistungen in unserem Beruf die Arbeitsstelle gekündigt worden ist« (22). Zu dieser Ansicht gesellten sich die Zweifel der männlichen Kollegen an den beruflichen Leistungen der Frauen. Diese hatten es doppelt schwer, eine Anstellung zu finden. Aus Sicht der männlichen Kollegen schien die weibliche Arbeitslosigkeit keinen Anlass zur Sorge zu geben. Im Zentralblatt für Pharmazie wies ein Apotheker den Weg aus der Krise (23):

»Unter den stellungslosen Apothekern sind sehr viele Kolleginnen. Gerade diesen hat man beim Eintritt in den Beruf die Aussichten ihres Fortkommens als außerordentlich rosig geschildert. Mit umso größerer Bitterkeit müssen sie sehen,

daß trotz aller Helferinnenerlasse in den Apotheken noch sehr häufig Helferinnen die Arbeit versehen, die ihnen eigentlich zusteht. Allerdings sind die Kolleginnen gegenüber den männlichen Angestellten meistens insofern im Vorteil, als sie wieder von ihrer eigenen Familie aufgenommen werden und dort als Haustochter über die schwere Zeit hinwegkommen. Wenn sie keinen Verdienst haben, so haben sie doch wenigstens Beschäftigung und einen gewissen Lebensinhalt. Im Konkurrenzkampf um die wenigen freien Stellen wurde so ideologisch begründet, was die Nationalsozialisten zu ihrer offiziellen Politik machen sollten: »Frauen heim an den Herd!«

Im Nationalsozialismus

Durch die nationalsozialistische Weiblichkeitsideologie erfuhr das Frauenstudium einen empfindlichen Rückschlag. In der neuen völkischen Ordnung sollten Frauen sich wieder ausschließlich als Ehefrauen und Mütter definieren und nicht mit Männern um knappe Arbeitsplätze und politischen Einfluss wetteifern. 1934 erklärte Adolf Hitler auf einem Parteilustkongress (24):

»Das Wort von der Frauenemanzipation ist ein vom jüdischen Intellekt erfundenes Wort . . . ihre Welt ist ihr Mann, ihre Familie, ihre Kinder und ihr Haus . . . «

Diese Einstellung fand in hohem Maß Zustimmung bei Frauen aus allen Bevölkerungsschichten, auch bei Apothekerinnen. Eine Apothekerin im Amt für Berufserziehung und Betriebsführung der Deutschen Arbeitsfront schilderte 1937, welche Rolle den Apothekerinnen zugedacht war und inwieweit ihre Berufstätigkeit in das nationalsozialistische Weltbild eingefügt werden konnte: Die Apothekerin sei die natürliche Beraterin der Frau

auf den Gebieten der Hygiene und Körperpflege, sie habe die nötigen Einblicke, um die rassehygienischen Forderungen des täglichen Lebens der deutschen Frauenwelt nahezubringen. Studium und Pflege der einheimischen Arzneikräuter sowie aller Nutzpflanzen seien immer wichtige Faktoren in der Frauenarbeit gewesen (25).

Zulassungsbeschränkungen, Aufnahmestopps bei der Praktikanteneinstellung und zumindest zeitweise ein geschlechtsspezifischer Numerus clausus sollten den Zugang zum Studium für Frauen erschweren. Einige Jahre später erfolgte die Kehrtwendung. Im Zuge der Kriegsvorbereitungen und besonders während des Zweiten Weltkriegs mangelte es an männlichem Nachwuchs und an Arbeitskräften. Alle Zulassungsbeschränkungen wurden aufgehoben.

Jetzt wurden viele Apothekerinnen verpflichtet, auszuweichen, und verheiratete Kolleginnen aufgefordert, in den Beruf zurückzukehren. Frauen erhielten sogar Auszeichnungen für



Foto: Deutsche Apotheker Zeitung 56, 1941/10



Pharmaziestudentinnen im Labor an der Universität Tübingen 1952
Foto: privat

ihre beruflichen Leistungen. Studentinnen und Vorexami- nierte wurden während des Kriegs dienstverpflichtet und mussten Vertretungen in Apotheken leisten. Dies war für die Frauen oft eine lästige Pflicht, eröffnete ihnen aber auch neue Handlungsräume. Die nationalsozialistische Frauenpolitik ist ein anschauliches Beispiel dafür, wie staatliche Förderung oder Hemmung des Frauenstudiums und ihrer Erwerbstätigkeit letztlich eine Frage des Arbeitsmarktes war und vermutlich immer noch ist.

Nachkriegszeit in der BRD

Improvisation, Mut zur Verantwortung und Phantasie waren notwendig, um in den Kriegsjahren eine Apotheke zu leiten. Frauen übernahmen diese Aufgabe selbstverständlich und gaben diese Verantwortung nach Kriegsende ebenso selbstverständlich an ihre heimkehrenden Männer zurück. Eine eigene Apotheke zu erwerben gelang den wenigsten Frauen. Die Konzession für eine eigene Apotheke erhielt erstmals Hedwig Fink im Jahr 1931. Bis 1947 wurden bei der Vergabe von Konzessionen Apotheker mit vielen Berufsjahren, mit kinderreicher Familie, vielen Kriegsjahren und Kriegsverletzungen bevorzugt.

Nach 1950 stiegen die Chancen für Frauen zusehends. Die raren Studienplätze waren nicht mehr für Kriegsheimkehrer reserviert. Bereits 1953 betrug der Frauenanteil bei den Pharmaziestudierenden über fünfzig Prozent. Die nach 1959 eingeführte Niederlassungsfreiheit ermöglichte auch Apothekerinnen, eine eigene Apotheke zu eröffnen. Die Schaffung eines mittleren pharmazeutischen Berufs, der Pharmazeutisch-technischen Assistent(in) im Jahr 1968, der hauptsächlich von Frauen ergriffen wurde, ließ die Studentinnenzahlen nicht einbrechen.

Entwicklung in der DDR

Anders verlief die Entwicklung in der DDR. Früher als in der BRD wurde das wissenschaftliche Niveau des Pharmaziestudiums angehoben. Es wurde verlängert, neue Ausbildungsinhalte eingeführt und die Abfassung einer Diplomarbeit obligat. Ein mittlerer pharmazeutischer Beruf entstand bereits 1951 mit dem Beruf des Apothekenassistenten. Außerdem wurden Möglichkeiten der Weiterqualifikation für die unteren und mittleren Berufe im Apothekenwesen eingeführt (26).

Die Entwicklung des Frauenanteils auf den unterschiedlichen pharmazeutischen Berufsebenen aufzuzeigen, ist nicht möglich, da in der DD keine geschlechtsspezifischen Zahlen veröffentlicht wurden. Das Geschlechterverhältnis spielte an sich keine Rolle in den einschlägigen Veröffentlichungen. Bei den Approbierten lag der Frauenanteil jedenfalls bedeutend höher als in der BRD. So waren 1989 in der DDR 72 Prozent der berufstätigen Apotheker weiblich, in der BRD dagegen nur 54 Prozent (27). Dies liegt sicher auch an dem insgesamt höheren Frauenanteil bei den Erwerbstätigen. Dieses Beispiel zeigt einmal mehr, dass der Frauenanteil in bestimmten Berufen weniger mit den Inhalten und der »Wissenschaftlichkeit« eines Studiums zusammenhängt als vielmehr mit der Stellung der Frau und des Berufs in der Gesellschaft allgemein.

Die Situation heute

Heute sind drei Viertel der neu Approbierten Frauen. Der Frauenanteil bei den derzeit berufstätigen Approbierten beträgt 63 Prozent. Doch diese verteilen sich keineswegs durchschnittlich auf alle Tätigkeitsgebiete, die den Approbierten offen stehen. Vielmehr gibt es eine geschlechtsspezifische Verteilung. Wie in anderen Berufen finden sich in der Hierarchie ganz oben mehr Männer, in der Hierarchie nach unten mehr Frauen.

Der bevorzugte Arbeitsplatz ist die öffentliche Apotheke. Hier arbeiten 87 Prozent der etwa 52 000 berufstätigen Approbierten, davon sind 63 Prozent Frauen. 42 Prozent der Apothekenleiter sind weiblich, dagegen 82 Prozent der Angestellten. Hiervon gehen wiederum 60 Prozent einer Teilzeitbeschäftigung nach (28). In Industrie oder Wissenschaft ist der Frauenanteil im Schnitt ohnehin geringer als in der öffentlichen Apotheke. Frauen in Führungspositionen findet man dort kaum. So ist beispielsweise ein Drittel der Promovierten weiblich, doch Professorinnen finden sich nur vereinzelt an den Universitäten. Auch in den standespolitischen Organen der Apothekerschaft sind Frauen kaum präsent. Dagegen sind sie beim mittleren pharmazeutischen Personal und in den Hilfsberufen fast unter sich. Bei den PTA und Helferinnen/PKA beträgt der Frauenanteil 97 Prozent.

Apothekerinnen in der Flora-Apotheke in Berlin 1956, Foto: privat



Apothekerberuf als Frauenberuf: Gefahr oder Chance?

Die Entwicklung des Apothekerberufs zum Frauenberuf wird innerhalb der Apothekerschaft weniger mit Freude als mit Sorge wahrgenommen. Zum Ausdruck kommt hierbei die Erkenntnis moderner Geschlechterforschung, dass Berufe ein Geschlecht haben, eine Geschlechterhierarchie besteht und innerhalb dieser Hierarchie Frauenberufe unten und Männerberufe oben angesiedelt sind (29). Die Feminisierung des Apothekerberufs wird mitunter als Gefahr für den Berufsstand angesehen. Doch diese Sichtweise greift zu kurz.

Betrachtet man den steigenden Frauenanteil unter dem Blickwinkel professionssoziologischer Modelle, ist der Frauenanteil weniger Ursache als Folge eines tiefgreifenden Wandels im Berufsbild des Apothekers in den letzten Jahren. Die Apotheker können sich heute zu den Professionen zählen, das heißt, durch akademische Ausbildung, berufsethische Grundsätze, Expertentum, Autonomie in Berufsangelegenheiten und hohen sozialen Status heben sie sich von anderen Berufen ab. Doch der Professionalisierungsprozess ist dynamisch. Durch Verlust bestimmter Berufsaufgaben kann es zum Statusverlust kommen. Statusunsicherheit und Identitätskrise sind Schlagwörter, die die Apotheker in den letzten Jahrzehnten bewegten. Auf der Suche nach neuen Berufsfeldern haben sie sich mit der »Information und Beratung« erfolgreich eine neue berufliche Identität geschaffen (30), die den Frauen entgegenkommt.

Die Nachteile eines Frauenberufs liegen auf der Hand: wenig Prestige, kaum Karrieremöglichkeiten, schlechte Arbeitsbedingungen und Bezahlung, hohe Teilzeitquote. Doch bietet sich durch den hohen Frauenanteil auch die Möglichkeit, neue Berufsfelder zu erschließen (31). Frauen tragen zur Neukonstruktion von Berufsinhalten mit bei: udoing Bender« in der Pharmazie. Zur Umsetzung des Berufsfeldes Information und Beratung haben die Apothekerinnen entscheidend beigetragen. Qualifikationen wie der sensible Umgang mit noch sensibleren Kunden oder Teamfähigkeit sind Schlüsselqualifikationen moderner Dienstleistungsberufe. Arbeitsverhältnisse, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen, tragen zu einer gerechteren Verteilung von Arbeit und Familienaufgaben bei und sind nicht zuletzt dafür verantwortlich, dass die Arbeitslosigkeit unter den Approbieren relativ gering ist. In diesem Sinne ist die Eingangsfrage schon beantwortet: Frauen sind eine Chance für den Berufsstand, dem Apothekerinnenberuf gehört die Zukunft.

Für die Verfasserinnen:

Dr. Gabriele Beisswanger

Abteilung für Geschichte der Naturwissenschaften
mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte
Technische Universität Braunschweig
Pockelsstraße 14, 38023 Braunschweig

Gabriele Beisswanger studierte Pharmazie in Würzburg und war bis 1989 in verschiedenen Apotheken tätig. 1995 wurde sie mit einer Arbeit über die Arzneimittelversorgung im 18. Jahrhundert im Fach Pharmaziegeschichte in Braunschweig promoviert. Derzeit arbeitet sie an einem pharmaziehistorischen Forschungsprojekt an der TU Braunschweig.

Gudrun Hahn studierte Pharmazie und Sozialpädagogik in Frankfurt und erhielt 1973 die Approbation. Zunächst war sie in verschiedenen Apotheken in Frankfurt, Berlin und Hamburg tätig, seit 1982 ist sie Lehrerin an der PTA-Schule Hamburg.

Evelyn Seibert studierte Pharmazie in Regensburg und erhielt 1988 die Approbation. Seit 1995 ist sie in einer selbstverwalteten Apotheke in Hamburg tätig. Frau Seibert ist Gründungsmitglied des VDPP.

Dr. Ildikó Szász schloss an das Pharmaziestudium in Marburg (Approbation 1986) eine Doktorarbeit im Fach Pharmaziegeschichte in Marburg an. 1996 wurde sie mit einer Dissertation über »Chemie für die Dame«. Fachbücher für das schöne Geschlecht vom 16. bis 19. Jahrhundert promoviert. Dr. Szász ist Inhaberin einer Apotheke in Nordhessen.

Christl Trischler war nach Vorexamen und Pharmaziestudium in München ein Jahr in der Industrie tätig. Nach Familienpause und Teilzeitarbeit in mehreren Apotheken war sie zehn Jahre als Lehrerin an einer PTA-Schule tätig. Seit elf Jahren ist sie selbstständig.

Literatur

(1) Zum Thema »Ohne und mit akademischen Weihen – Frauen in der Apotheke 1899-1999« wurde eine Ausstellung des Vereins Demokratischer Pharmazeuten und Pharmazeutinnen e. V. (VDPP) auf dem Deutschen Apothekertag in Leipzig gezeigt. Der Titel fasst die wichtigsten Ergebnisse der Ausstellung zusammen, die die Autorinnen als Arbeitsgruppe des VDPP erarbeiteten. Die Wanderausstellung kann beim VDPP ausgeliehen werden.

(2) Gerhard, U., Unerhört. Die Geschichte der deutschen Frauenbewegung. Reinbek bei Hamburg 1990, S. 156-157.

(3) Costas, I., Der Zugang von Frauen zu akademischen Karrieren. Ein internationaler Überblick. In: Häntschel, H., u. Bußmann, H. (Hrsg.), Bedrohlich gescheit. München 1997, S. 15-34.

(4) Szász, I., Zukunfts-Pharmazeutinnen, Frauen im Apothekerberuf oder weibliche Apotheker? In: Faber, U., et al. (Hrsg.), Wechselwirkungen. Beiträge zu Pharmazie und Politik. Frankfurt/M 1999, S. 321-335. Becker, H., Provisorisches. Ausgewählte Kapitel aus der Pharmaziegeschichte. Herzogenrath 1984, S. 191-211.

(5) Schelenz, H., Frauen im Reiche Aeskulaps. Leipzig 1900, S. 73.

(6) Schelenz, H., Frauen im Reiche Aeskulaps. Leipzig 1900, S. 69.

(7) Schelenz, H., Frauen im Reiche Aeskulaps. Leipzig 1900, S. 68.

(8) Süddeutsche Apothekerzeitung 41 (1901) 209.

(9) Mellien, M., Die Frau als Apothekerin. Die Frau 4 (1896/97) 609-617.

(10) Zitat Prof. Dr. med. Andreas Buchner 1897. In: Kirchhoff, A., Die akademische Frau. Gutachten hervorragender Universitätsprofessoren, Frauenlehrer und Schriftsteller über die Befähigung der Frau zum wissenschaftlichen Studium und Berufe. Berlin 1897, S. 57-59.

(11) Rankenburg, H., Die Apothekerausbildung im Spiegel der deutschen Approbationsordnungen von 1875 bis 1989. Frankfurt am Main 1996. (Pharmaziehistorische Forschungen, Bd. 1), S. 193.

(12) Herrmann, J., Die deutsche Frau in akademischen Berufen. Leipzig und Berlin 1915, S. 51-54.

(13) Beisswanger, G., Geschlechterverhältnisse in der Pharmazie: Die Geschlechtsumwandlung des Apothekerberufs. In: Faber, U., et al. (Hrsg.), Wechselwirkungen. Beiträge zu Pharmazie und Politik. Frankfurt am Main 1999, S. 297-319.

(14) Wankmüller, A., Der Beginn des Frauenstudiums in der Pharmazie in Württemberg. Beiträge zur Württembergischen Apothekengeschichte 11 (1976) 33-49.

Graepel, P. H., Die ersten Marburger Pharmaziestudentinnen (1901-1925). Pharm. Ztg. 129 (1984) 1660-1665.

(15) Rombach, R., Magdalene Neff - erste deutsche Apothekerin. Selbstbiographien in den Rundbriefen der ersten deutschen Pharmazeutinnen. Dtsch. Apoth. Ztg. 121 (1981) 343-345.

(16) Leimkugel, F., Wege jüdischer Apotheker. Frankfurt am Main z. Aufl. 1999, S. 33-34, 43.

(17) Wankmüller, A., Die ersten weiblichen Vorexaminierten in Württemberg. Beiträge zur Württembergischen Apothekengeschichte 13 (1980) 7-15.

(18) Rombach, R., Der Briefwechsel der ersten deutschen Apothekerinnen. Beiträge zur Württembergischen Apothekengeschichte 13 (1980) 1-7.

(19) Süddeutsche Apothekerzeitung 51 (1911) 44.

(20) Müller, J., An alle Kolleginnen. Zentralblatt für Pharmazie 22 (1926) 413. Ob die Brosche wirklich getragen wurde, konnte nicht herausgefunden werden. Auch eine Abbildung der Brosche war nirgends zu erhalten. Der Helferinnenberuf als Beruf mit Ausbildungsrichtlinien wurde erst 1940 geschaffen. Vorher waren Frauen als mit-helfende Ehefrauen, Töchter und weibliche Hilfskräfte in den Apotheken tätig. Kanold, A., u. Müller-Jahncke, W.-D., Die Apothekenhelferin: Zum Werdegang eines nichtpharmazeutischen Berufs. Pharm. Ztg. 138 (1993) 1915-1919.

(21) Zentralblatt für Pharmazie 28 (1932) 246-248.

(22) Zentralblatt für Pharmazie 29 (1933) 168.

(23) Zentralblatt für Pharmazie 29 (1933) 167.

(24) Domarus, M. (Hrsg.), Hitler: Reden und Proklamationen 1932-1945. München 1965, I/I S. 449-452.

(25) Richter, M., Die Berufstätigkeit der Frau im deutschen Lebensraum. Pharm. Ztg. 82 (1937) 283-285.

(26) Zur Entwicklung in der DDR allgemein: Kanold, A., Die wissenschaftliche Ausbildung in der Apotheke unter Berücksichtigung der Lehrbücher und Prüfungsrichtlinien. Dissertation Universität Heidelberg 1998, S. 168-172.

Rankenburg, H., Die Apothekerausbildung im Spiegel der deutschen Approbationsordnungen von 1875 bis 1989. Frankfurt am Main 1996. (Pharmaziehistorische Forschungen, Bd. 1), S. 143-154.

Göber, B., u. Kotwas, J., 40 Jahre an der Humboldt-Universität zu Berlin. Dtsch. Apoth. Ztg. 130 (1990) 1955-1960.

(27) Statistisches Bundesamt, Sonderreihe mit Beiträgen für das Gebiet der ehemaligen DDR. Heft 17: Gesundheits- und Sozialwesen in Übersichten (Teil 1). Wiesbaden 1994, S. 85.

Apotheker-Jahrbuch 1990. Zugleich 75. Jahrgang des Handbuchs des Deutschen Apotheker-Vereins. Stuttgart 1990, S. 755.

(28) Bericht der ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände für den Zeitraum 1. Juli 1988 bis 30. Juni 1999. Eschborn 1999, S.30.

(29) Wetterer, A. (Hrsg.), Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt/New York 1992.

Wetterer, A., Das Geschlecht (bei) der Arbeit. Zur Logik der Vergeschlechtlichung von Berufsarbeit. In: Pasero, U., Braun, F. (Hrsg.), Konstruktion von Geschlecht. Pfaffenweiler 1995. (Frauen, Männer, Geschlechterverhältnisse, Bd. 1), S. 199-223.

(30) Schubert, I., Apotheker - wozu? Eine Studie zur Entwicklung des Apothekerberufs in der Bundesrepublik. Stuttgart 1995. Mit ausführlicher Darstellung der professionssoziologischen Modelle.

(31) Für die Zahnmedizin neuerdings nachgewiesen von: Kuhlmann, E., Profession und Geschlecht. Eine Studie über die Zahnmedizin. Opladen 1999.

Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigung der Autorinnen und der Herausgeber - Pharm. Ztg., Nr. 1, 145. Jahrgang, Jan. 2000

Pressemitteilung (14/1000) 14. März 2000
Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e.V.

„Besuch beim Arzt“ Neuer Ratgeber der Verbraucherverbände Rezepte für eine partnerschaftliche Sprechstunde

Die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Ärzte sind nicht mehr die „Halbgötter in Weiß“, denn viele Patienten lassen sich eine Behandlung von oben herab nicht mehr ohne weiteres gefallen. Sie sind wählerischer geworden und wechseln zum Beispiel die Arztpraxis, wenn sie sich nicht angemessen therapiert fühlen. Trotzdem gilt nach wie vor: Die Patienten, die selbstbewusst ihre Rechte in der Praxis einfordern, sind seltene Ausnahmen. Das Fachchinesisch der Ärzteschoß verstehen die meisten nicht – doch nur selten trauen sich Patienten, Fragen zu stellen oder eigene Wünsche an die Behandlung zu formulieren. Der neue Ratgeber „Besuch beim Arzt“ der Verbraucherverbände gibt hierzu wertvolle Praxistipps, damit Patienten die Sprechstunde und Verordnungen wirkungsvoll für sich nutzen und sich gegen Risiken und Nebenwirkungen ärztlicher Dienstleistungen schützen können. Der 157 Seiten umfassende Ratgeber „Besuch beim Arzt“, herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände und den Verbraucher-Zentralen Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen und Niedersachsen sowie dem Institut für angewandte Verbraucherschutzforschung, untersucht Schritt für Schritt, was vor, in und während der Sprechstunde zu beachten ist. Zunächst gibt er eine Fülle von Kriterien für die Wahl eines guten Arztes an die Hand. Danach werden die üblichen Untersuchungsmethoden sowie die wichtigsten Laborbefunde und Untersuchungsergebnisse erläutert, damit Patienten über das nötige Rüstzeug verfügen, um ärztliche Dienstleistungen unter die Lupe zu nehmen. Rechtliche und finanzielle Aspekte des Arztbesuchs werden ausführlich erläutert. Und es werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie Patienten ihren Arztbesuch so gestalten können, dass ihre Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt werden.

Ein Serviceteil rundet den Ratgeber ab. Hierin findet sich ein Glossar, in dem verschiedene medizinische Fachrichtungen mit ihrer deutschen Übersetzung aufgeführt sind. Adressen von Anlaufstellen, an die man sich bei Fragen und Problemen wenden kann, ;fehlen ebenso wenig wie ein Verzeichnis von Einstiegseiten zu Gesundheitsthemen im ;Internet und Hinweise auf weiterführende Literatur. Ein „Patiententagebuch“ - als 40-seitiger Extraband - in dem die individuelle Kranken- und Gesundheitsgeschichte von Erkrankungen in der Familie (Krankenhausaufenthalte, verordnete Medikamente, Gesundheitscheckups) protokolliert werden kann, erleichtert nicht nur das Gespräch beim Arzt, sondern ist auch ein wichtiges Instrument, um mögliche Behandlungsfehler im Nachhinein belegen zu können.

Der Ratgeber „Besuch beim Arzt“ kann im Doppelpack mit dem „Patiententagebuch“ für 20,50 DM/10,48 EUR (inklusive Porto und Versand) gegen Rechnung beim AgV-Versandservice Postfach 11 16, 59930 Olsberg bestellt werden.

Kann Pharma-Lobby Reform des Arzneimittelmarkts weiter verzögern?

**AMG-Novelle am Mittwoch im Bundestag
- Keine Transparenz bei Alt Medikamenten**

Der Entwurf zur Novellierung des Arzneimittelgesetzes (AMG), der am Mittwoch dieser Woche im Bundestag behandelt wird, opfert Verbraucherinteressen zugunsten der Pharmalobby, kritisiert die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV). Ihr Vorwurf: Der Entwurf erlaubt für eine Übergangszeit weiterhin den Verkauf so genannter AM-Medikamente, ohne dafür eine klare Kennzeichnung vorzuschreiben.

Über 21 Jahre nach Inkrafttreten des deutschen Arzneimittelgesetzes sind immer noch mehr als 20.000 Alt-Medikamente in deutschen Apotheken erhältlich, die den Bestimmungen dieses Gesetzes zur Sicherheit und Wirksamkeit nicht entsprechen. Jetzt will die Bundesregierung zwar endlich für die überfällige Bereinigung des deutschen Arzneimittelmarktes sorgen. Doch auch nach Inkrafttreten der neuen Regelung sollen die Hersteller von Alt-Arzneimitteln ihre Präparate während einer Übergangsfrist weiter vermarkten dürfen. In dieser Zeit sollen die Verbraucher nach den jetzigen Plänen lediglich mit einem Hinweis auf dem Beipackzettel

über die fehlende Nachzulassung informiert werden. Die AgV kritisiert dies als unzureichend und verlangt einen deutlichen Aufdruck mit dem Hinweis auf die „vorläufige Zulassung“ auf der Medikamentenpackung.

Wenn schon aus offensichtlich industriepolitischen Gründen Bundesländer und Bundesregierung auf strengere Regelungen verzichten, so die Verbraucherschützer, sollte der Gesetzgeber in der Übergangszeit wenigstens Markttransparenz schaffen. Einen Hinweis im Beipackzettel lesen die Patienten in der Regel erst in den eigenen vier Wänden. Sie haben dann keine Chance mehr, sich vor dem Kauf in der Apotheke über die genauen Hintergründe des Aufdrucks informieren zu lassen. Mit "Stigmatisierung", wie von Pharma-Lobbyisten behauptet wird, hat das nichts zu tun, betont die AgV. Es ist unzumutbar, dass sich Patienten noch immer nicht darauf verlassen können, dass alle deutschen Arzneimittel einheitlich und standardisiert auf Qualität und Wirksamkeit geprüft wurden. Bis alle Alt-Medikamente vom zuständigen Bundeinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüft werden, können noch weitere Jahre ins Land gehen. Bis dahin sollte der Gesetzgeber wenigstens durch eine eindeutige Vorschrift für einen deutlichen Packungsaufdruck für Klarheit sorgen.

AgV-Pressestelle

Helga Kuhn, Telefon 0228-64 89-141

E-Mail: presse@agv.de

AgV-Referat Gesundheitsdienstleistungen

Thomas Isenberg, Telefon 0177-5 80 92 97

Abdruck der Artikel mit freundlicher Genehmigung der AutorInnen
und der Herausgeber - AgV-Pressemittelungen

Medikamente direkt nach Hause liefern - eine Innovation im Gesundheitswesen

Im Gespräch: Jean-Pierre Krähenbühl, Zuchwil

MediService - eine Direktservice-Apotheke in der Schweiz, steht für ein neues Modell der Arzneimittelversorgung. Medikamente werden den Patientinnen auf ärztliches Rezept hin direkt nach Hause geliefert. Krankenversicherungen empfehlen ihren Versicherten die Dienstleistungen der Direktservice-Apotheke MediService. Mit 16 Krankenkassen sind bereits Kooperationsverträge abgeschlossen worden. Die Direktservice-Apotheke besteht seit dem 1. April 1997 und versorgt heute bereits über 25.000 Patientinnen regelmäßig mit Medikamenten auf Rezept. Sie beliefert vorwiegend Langzeitpatienten aus allen Landesteilen mit Arzneimitteln auf der Grundlage anerkannter Standards für Qualität, Sicherheit und Kundenzufriedenheit. Als erste Apotheke der Schweiz wurde MediService ISO 9002 zertifiziert.



Jean-Pierre Krähenbühl

„Die BKK“ hat sich bei Jean-Pierre Krähenbühl (J.-P. K), dem Direktor der MediService AG, über die Dienstleistungen dieser Innovation im Bereich der Arzneimitteldistribution erkundigt. Erst jüngst hatte die Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion das Thema auf die politische Tagesordnung gesetzt. Das Interview führte Dr. Stephan Burger, Leiter der Abteilung „Gesundheitspolitische Grundsatzfragen und BKKStrategie“ beim BKK Bundesverband.

Die BKK: Herr Krähenbühl, Sie leiten die erste national tätige Direktservice-Apotheke Europas. Wie funktioniert Mediservice?

J.-P. K: Nach Erhalt des Rezeptes entscheidet der Patient selbst, ob er die Medikamente nach Hause zugestellt haben möchte. MediService bietet die portofreie Heimlieferung aller Medikamente auf Grund eines Rezeptes. Die Patientinnen erhalten von MediService Informationsunterlagen und ein frankiertes Kuvert für ihre Rezepte. Sie schicken das Rezept zusammen mit einem Gesundheitsfragebogen an MediService. Der Fragebogen wird freiwillig ausgefüllt. Die Medikamente und ein Fragebogen zur Kundenzu-

friedenheit werden in jedes Paket verpackt. Darüber hinaus erhält der Patient ein so genanntes MediInfo-Blatt, das einfach und verständlich geschriebene Informationen enthält und den oftmals für Laien schwer verständlichen Beipackzettel ergänzt.

Die BKK: Muss für jedes Medikament ein Rezept eingeschickt werden?

J.-P. K: Wir liefern Medikamente ausschließlich gegen Rezept. Bei Langzeitpatienten handelt es sich oft um Dauerrezepte (drei bzw. sechs Monate). Bei Ablauf des Rezeptes werden die PatientInnen von MediService an ihren Arztbesuch bzw. an die Rezepterneuerung erinnert.

Die BKK: Und wie erfolgt die Zustellung der Medikamente?

J.-P. K: Die Lieferung an den Patienten erfolgt durch einen speziellen Postzustelldienst und nur gegen Unterschrift. So wird vermieden, dass Medikamente in Kinderhände gelangen. Der Lieferdienst der Post erweist sich als zuverlässig. Sollte der Patient nicht zu Hause sein, kann er von seiner Poststelle eine kostenlose Zweitlieferung an eine gewünschte Adresse verlangen. Das Paket verrät nichts über den Absender oder den Inhalt. Temperaturempfindliche Medikamente werden in Spezialbehältern geliefert, welche für 48 Stunden die Medikamente konstant kühl halten.

Die BKK: Ein häufig vorgebrachtes Argument gegen den Versandhandel betrifft die Qualitätssicherung. Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen ergreifen Sie in Ihrem Unternehmen?

J.-P. K: Mit großen Investitionen in die Ausbildung des Personals, modernstem EDV-System und klar definierten Abläufen gewährleistet MediService eine hohe Qualität und maximale Sicherheit für den Patienten. Das EDV-System begleitet jeden Arbeitsschritt und erlaubt damit eine Übersicht über die Patientengeschichte. Auf Grund des Gesundheitsfragebogens kann der Apotheker die wichtigsten Unverträglichkeiten identifizieren. Es werden Fragen u. a. nach Alter, Allergien, Gesundheitsleiden oder anderen eingenommene Medikamente gestellt. Obschon die Beantwortung des Fragebogens freiwillig ist, reichen ihn über 95 % der Kunden ein. Damit besitzt der MediService-Apotheker einen wesentlich höheren Informationsgrad als die meisten Apotheken.

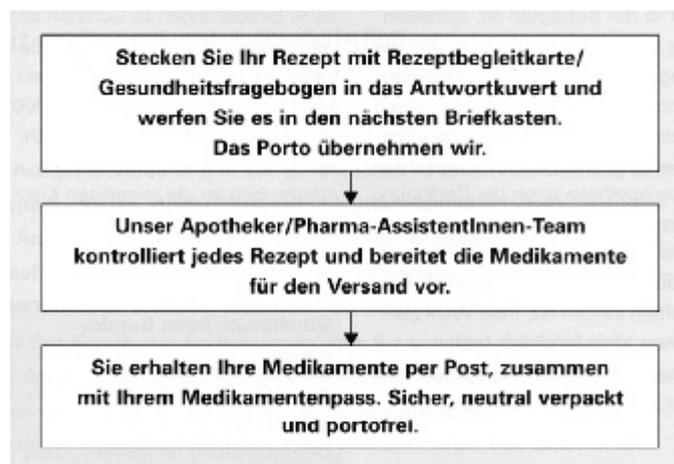
Die Patientengeschichte erlaubt zudem eine Missbrauchs-kontrolle. Die Rezepte werden nur von professionellen Apothekern und Pharma Assistenten bearbeitet. Jedes Rezept wird von zwei Apothekern gesichtet. Bei Unklarheiten oder Interaktionen von verschiedenen Medikamenten wird der Arzt oder der Patient kontaktiert. Computerunterstützte Abläufe mit Hilfe des vom Kunden ausgefüllten Gesundheitsfragebogens gewährleisten die zuverlässige Kontrolle auf unerwünschte Interaktionen, Nebenwirkungen und der Einnahmeverfahren. Diese klar definierten Abläufe garantieren höchste Qualität und Sicherheit für unsere Patientinnen.

Die BKK: Besteht für die Patientinnen auch die Möglichkeit einer Beratung?

J.-P. K: Unsere Kunden können kostenlos telefonisch rund um die Uhr, sieben Tage die Woche, Auskunft und Beratung durch Fachpersonen der MediService erhalten. Diese Dienstleistung wird außerordentlich geschätzt. Dazu kommt, dass

So einfach und sicher erhalten

Sie Ihre Medikamente Quelle: MediService



wir unseren Patientinnen bei jeder Medikamentenlieferung einen aktualisierten Medikamentenpass beilegen. Damit verfügen diese jederzeit über ein Dokument, das in Notfällen oder auch unterwegs in anderen Ländern über die verschriebenen Medikamente Auskunft gibt. Zusätzlich für Langzeitpatienten liefern wir nützliche Informationen, die regelmäßig zugestellt werden.

Die BKK: Wer sind nach Ihren Erfahrungen die Nutznießer Ihres Services?

J.-P. K: Nutznießer des direkten Services sind vor allem Langzeitpatienten mit chronischen Leiden. Befragungen bei Langzeitpatienten haben gezeigt, dass die Heimlieferung von Medikamenten einem echten Bedürfnis entspricht. Chronisch Kranke sind auf die regelmäßige Versorgung mit Medikamenten angewiesen, profitieren jedoch kaum vom Gang zur Apotheke, denn sie kennen ihr Krankheitsbild aus langjähriger Erfahrung und werden vor allem von ihrem Arzt betreut.

Die erste Direktservice-Apotheke MediService erfreut sich in der dreijährigen Erfahrung eines hohen Patientenzulaufs. In regelmäßig durchgeführten Umfragen der MediService zur Kundenzufriedenheit gaben 99 % der Befragten an, zufrieden bis sehr zufrieden zu sein. Alle Befragten würden die Direktservice-Apotheke weiter empfehlen. Auch Patienten- und Konsumentenorganisationen begrüßen die Direktservice-Apotheke unter der Bedingung, dass Patienten frei wählen können und die Qualität und Sicherheit gewährleistet sind. Wir meinen, Patienten sollten die freie Wahl zwischen allen Modellen haben, der traditionellen, der arzteigenen oder der Direktservice-Apotheke.

Die BKK: Welche Kostenvorteile haben Sie gegenüber dem herkömmlichen Vertrieb?

J.-P. K: Unser Prinzip und Zielsetzungen sind auf drei Säulen aufgebaut: Qualität und Sicherheit, hoher Dienstleistungsgrad und Kosteneinsparungen. In der Schweiz macht der Medikamentenanteil 20 % aller Gesundheitsausgaben aus. Die Arzneimittelkosten erfahren in den letzten Jahren eine Steigerung von nahezu 10 %. Zahlreiche Krankenversicherungen empfehlen die Dienstleistungen der MediService und arbeiten mit ihr zusammen. Diese Zusammenarbeit ist kein Zufall: Etwa 20 % der Schweizer Bevölkerung nehmen

regelmäßig Heilmittel zu sich und verursachen 80 % der Medikamentenausgaben.

Angesichts der steigenden Kosten im Gesundheitswesen werden von den Krankenversicherungen innovative, kostensparende Projekte gefördert. Dank optimiertem Einkauf, einem effizienten Betrieb und günstigen Standortkosten erzielt die MediService heute bereits 10 bis 15 % Einsparungen zu Gunsten der Versicherten.

Bereits im ersten Betriebsjahr konnte die MediService ihren KundenInnen über Fr. 400.000 als direkte Rückvergütung ausrichten. Der größere Teil der Einsparungen ging an die jeweiligen Krankenkassen zu Gunsten aller Versicherten.

Durchbruch beim Bundesgericht

Am 1. Oktober 1999 hat das Bundesgericht in einer öffentlichen Urteilsberatung festgestellt, dass die Tätigkeit von MediaService gesundheitspolizeilich nicht zu beanstanden ist. Die Apotheke MediService stehe herkömmlichen Apotheken in puncto Qualität und Sicherheit in nichts nach.

Das Bundesgericht hieß eine staatsrechtliche Beschwerde von MediService gegen den Kanton Waadt gut. Es stützte sich dabei auf die Apothekenbewilligung der MediService und das eidgenössische Binnenmarktgesetz. Damit ist die Rechtslage klar: MediService kann ab sofort Patientinnen und Patienten in der ganzen Schweiz beliefern.

Die BKK: Wie wurde MediService im schweizerischen Markt aufgenommen?

J.-P. K: Die MediService bringt Bewegung in den Heilmittelmarkt: Kosteneinsparungen, hohe Qualität, Sicherheit und ausgezeichnete Dienstleistungen sind die wichtigsten Impulse der MediService im Arzneimittelmarkt. MediService entwickelt Konzepte im Managed Care und Compliance-Bereich und arbeitet mit Arztnetzwerken zusammen. Kartellähnliche Strukturen konnten bereits aufgebrochen werden. Die eidgenössische Wettbewerbskommission, der eidgenössische Preisüberwacher, Patientenorganisationen und die Krankenkassen befürworten eine Liberalisierung und den Medikamentenbetrieb unter den Qualitäts- und Sicherheitsaspekten, wie sie MediService betreibt.

Die BKK: Wie sehen Sie die weitere Zukunft Ihres Unternehmens?

J.-P. K: Mit 16 namhaften Krankenkassen haben wir bereits Verträge. Diese repräsentieren rund 45 % der Krankenversicherten der Schweiz. Wir sind bestrebt mit weiteren Krankenkassen zusammenzuarbeiten. Weiter sind wir dabei, mit Managed Care-Organisationen zusammenzuarbeiten und bearbeiten bereits eigene Projekte. Mit Arztnetzwerken und HMOs haben wir die Zusammenarbeit bereits aufgenommen. Vorrangig sind immer unsere hohen Qualitäts- und Sicherheitsstandards zu halten und weiter zu entwickeln. Im Gesundheitswesen, namentlich im Arzneimittelbereich, arbeiten wir daran, neben der Qualität und dem hohen Dienstleistungsgrad kostendämpfende Maßnahmen auf breiter Ebene einzuleiten.

Die BKK: Herr Krähenbühl, wir danken Ihnen für das Interview.

Abdruck der Artikel mit freundlicher Genehmigung des Autors und der Herausgeber - Die BKK, 5/2000

Internethandel mit Arzneimitteln

Qualität und Sicherheit müssen gewährleistet sein

Christina Schäfers und Wolfgang Kaesbach

In der Diskussion um eine effiziente Ausgabensteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung kann der Arzneimittelbereich nicht ausgespart werden. Angesichts des unverhältnismäßig hohen Vertriebskostenanteils von rund 30 % an den Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen stellt sich zwangsläufig die Frage eines wirtschaftlicher organisierten Arzneimittelvertriebs. Zwar ist in Deutschland seit 1998 jeglicher Versandhandel mit Arzneimitteln - also auch der Internethandel - verboten, allerdings kann der deutsche Gesetzgeber den Bezug von Arzneimitteln aller Art aus dem Ausland nicht verhindern. Neben vielen Chancen birgt der Internethandel jedoch auch Risiken. So sind über das Internet selbst verschreibungspflichtige und sogar für den deutschen Markt nicht zugelassene Arzneimittel erhältlich. Da die Verbreitung des Internets nicht aufzuhalten ist, stellt sich die Frage, wie Qualität und Sicherheit der Arzneimittelversorgung unter diesen Bedingungen zu gewährleisten sind.

Rahmenbedingungen des Internethandels

Vorteile für die Verbraucher

Die elektronischen Medien bieten den Endverbrauchern ein umfassendes Waren- und Dienstleistungsangebot, das komfortabel von zu Hause aus und rund um die Uhr 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche - in Anspruch genommen werden kann. Mit Hilfe spezieller Computerprogramme können automatisch alle einschlägigen Internetadressen nach den gewünschten Angeboten durchsucht werden. Einen ähnlichen Service bieten beispielsweise auch Verbraucherorganisationen, die entsprechende Programme auf ihren Homepages zur Verfügung stellen.¹

Diese Vorteile ergeben sich ebenso im Arzneimittelbereich. Nach der herkömmlichen Vertriebschiene kommt das Arzneimittel vom Hersteller über den Großhandel in die Apotheke, wo es - gegebenenfalls nach Verschreibung eines Arztes an den Patienten abgegeben wird. Umfragen zufolge lassen Information und Beratung in der Apotheke dabei sehr zu wünschen übrig: So erfolgt nur selten eine qualifi-

zierte Beratung, die die verordneten Arzneimittel, die Einnahme weiterer Arzneimittel, andere Erkrankungen oder persönliche Lebensumstände ausreichend berücksichtigt.²

Über neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Herstellern, Großhändlern, Apotheken, Ärzten, Patienten und Krankenkassen eröffnet der elektronische Geschäftsverkehr alle Möglichkeiten einer veränderten Arzneimittelversorgung. Verbraucher erhalten umfangreiche Informationen und können sich über „chatrooms“ direkt von Ärzten und Apothekern beraten lassen. Ein Vollsortiment gewährleistet die ständige Verfügbarkeit aller Arzneimittel und bietet eine komfortable Versorgung frei Haus - nicht nur für immobile Patienten oder in ländlichen Gebieten mit einer geringeren Apothekendichte. Chronisch Kranke können bei wiederkehrenden Verordnungen bedarfsgerecht und zeitgenau versorgt werden.

Effiziente Arzneimittel-Distribution

Der Anteil der Herstellungskosten am Apothekenabgabepreis für Arzneimittel beträgt in Deutschland etwa 60 %. Allein die Arzneimittelabgabe über den Groß- und Einzelhandel verursacht knapp 40 % der Arzneimittelkosten. Innerhalb der Europäischen Union nimmt Deutschland damit die Spitzenposition ein (Abbildung 1). Über eine effizientere Distributionslogistik und Warenbewirtschaftung könnten geringere Handelsmargen oder höhere Rabatte erzielt werden, die zu niedrigeren Abgabepreisen bzw. Arzneimittelkosten beitragen.

Abbildung 1:

Preisstruktur bei Arzneimittel in Europa - Großhandels- und Apothekenspannen

Quelle: GIRP, European Pharmaceutical Data 1997 (ausgenommen Irland)

	Hersteller	Großhandel	Apotheke
Deutschland	62	10	28
Luxemburg	62	8	30
Niederlande	63	12	25
Österreich	63	7	30
Großbritannien	64	10	26
Finnland	64	5	31
Spanien	64	8	28
Belgien	65	8	27
Irland	65	10	25
Italien	66	7	27
Frankreich	68	7	25
Griechenland	69	6	25
Dänemark	70	5	25
Portugal	72	6	20
Schweden	75	3	22

Prozentualer Anteil an den Einzelhandelspreisen (ohne Mehrwertsteuer)

Zwischenfazit: Regelungsrahmen erforderlich

Einer GfK-Studie zu Folge nutzten in Deutschland Anfang 1999 bereits über acht Millionen Personen das Internet, eine Steigerung von 40 % innerhalb nur eines halben Jahres. Durch gezielte Fördermaßnahmen der Europäischen Union und fast aller Mitgliedstaaten sowie der Computer- und Telekommunikationsindustrie wird die Nutzung des Internets weiter vorangetrieben. Vor dem Hintergrund des grenzüberschreitenden Charakters des Internethandels, der rasch anwachsenden Zahl von Internetnutzern und den absehbaren Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung reichen ausschließlich nationale Regelungen nicht aus, um ein hohes Maß an Sicherheit und Qualität zu gewährleisten. Es ist daher auf europäischer Ebene ein Regelungsrahmen erforderlich, der für den Internethandel mit Arzneimitteln EU-weit einheitliche Qualitäts- und Sicherheitsstandards gewährleistet.

Regelungsaspekte

Primäres Regelungsziel für den Internethandel mit Arzneimitteln ist ein umfassender Verbraucherschutz. Dazu zählen Arzneimittelqualität und -sicherheit ebenso wie der Datenschutz. Darüber hinaus müssen nationale Vorschriften zur Arzneimittel-Distribution angepasst werden, um die mit dieser Vertriebsform verbundenen Effizienzpotenziale zu Gunsten der Verbraucher und der Gesundheitssysteme zu erschließen.

Datenschutz

Grundsätzlich besteht im Internet die Gefahr des Datenmissbrauchs. Zunächst hinterlässt jeder Internet-Nutzer Daten-spuren, die Aufschluss darüber ermöglichen, welche Internet-Seiten in welcher Reihenfolge aufgerufen wurden. Von größerer Bedeutung ist jedoch die missbräuchliche Verwendung personenbezogener Daten, insbesondere wenn diese bei elektronischen Zahlungsvorgängen unverschlüsselt übermittelt werden. Ausführliche und konkrete Informationen über das Datenschutzniveau von Internet-Anbietern sind den Nutzern in der Regel nicht zugänglich.³

Verbraucherschutz

Das Internet gilt im Allgemeinen als umfassende Informations- und Wissensquelle. Aber gerade der mit Blick auf den Vertrieb von Arzneimitteln als Waren besonderer Art zu erwartende Informationsumfang ist defizitär. Angebote in fremder Sprache, unzutreffende Angaben zu Indikation und Wirksamkeit, Verzicht auf ärztliche Kontrolle und pharmazeutische Beratung fördern eine unsachgemäße Arzneimittel-Anwendung. Das gilt sowohl für Produkte der Selbstmedikation als auch für verschreibungspflichtige Arzneimittel. Darüber hinaus werden häufig die Rückgabekonditionen sowie die Versandkosten nicht deutlich ausgewiesen, so dass die tatsächlichen Bezugspreise mitunter über den deutschen Apothekenabgabepreisen liegen.

Produkt- und Preistransparenz

Die nationalen Arzneimittel-Märkte unterscheiden sich hinsichtlich Art und Umfang ihrer Sortimente. Selbst in der Europäischen Union besteht trotz zunehmender Harmonisierungsbestrebungen bisher kein einheitlicher Arzneimittel-Binnenmarkt (Abbildung 2). Das 1995 eingeführte zentrale europäische Zulassungsverfahren erfasst nur einen geringen

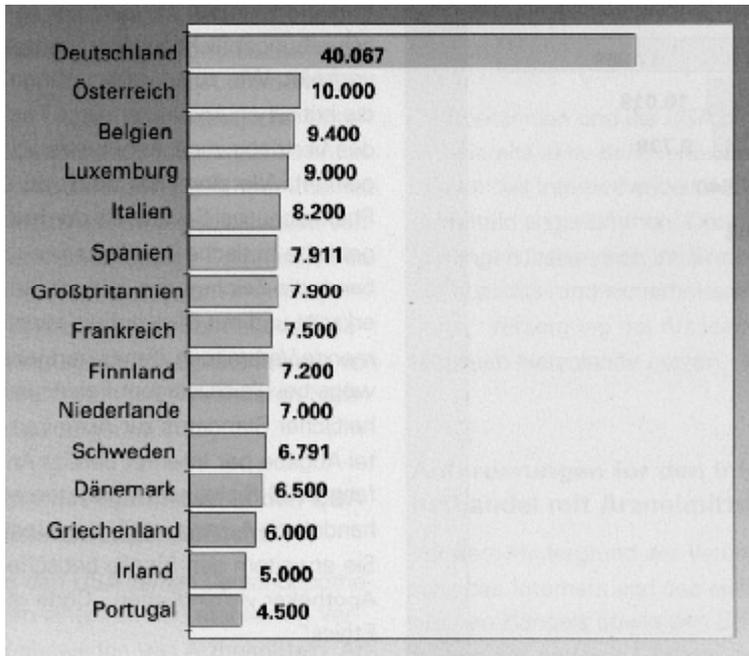


Abbildung 2:

Unterschiedliche Packungen

verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Quelle: GIRP, European Pharmaceutical Data 1997

Anteil aller Arzneimittel. In den einzelnen Ländern befinden sich identische Arzneimittel für unterschiedliche Indikationen sowie mit abweichenden Angaben zu Dosierungen oder Nebenwirkungen auf dem Markt. Darüber hinaus bestehen Unterschiede im Abgabestatus (verschreibungspflichtig oder rezeptfrei), beim Vertriebsweg (apothekenpflichtig oder freiverkäuflich) und hinsichtlich der Preise.

Aufgrund unterschiedlicher Preisbildungsmechanismen differiert das Arzneimittelpreinsniveau erheblich. Dabei zeigt sich in Europa ein Nord-Süd- und West-Ost-Gefälle. Selbst bei Arzneimitteln, die mit einem so genannten europäischen Fabrikabgabepreis europaweit eingeführt und vertrieben werden, ergeben sich bereits nach kurzer Zeit Differenzen beim Endabgabepreis in einer Größenordnung von bis zu 30 %. Unter den Bedingungen einer gemeinsamen europäischen Währung und den Möglichkeiten eines vereinfachten Preisvergleichs über das Internet wird die Preistransparenz weiter zunehmen. Vor dem Hintergrund des ausgesprochen hohen Arzneimittel-Preisniveaus in Deutschland, insbesondere bei neuen, patentgeschützten und von der Festbetragsregelung ausgenommenen Arzneimitteln, wird der Internethandel zur Erhöhung der Importquote beitragen.

Arzneimittelqualität und -sicherheit

Über das Internet können Arzneimittel aus dem Ausland bezogen werden, die nicht immer den Zulassungs- und Abgabebestimmungen des deutschen Arzneimittel-Marktes entsprechen. Als Beispiel drängt sich das Lifestyle-Mittel Viagra auf: Obwohl weltweit bereits 564 mit Viagra assoziierte Todesfälle dokumentiert sind, ermittelte eine amerikanische Studie rund 90 Internet-Adressen, unter denen Viagra weltweit zum Verkauf angeboten wurde, ohne dass zuvor ein Arzt konsultiert oder ein Rezept vorgelegt werden musste.⁴ Neben echten werden über das Internet aber auch gefälschte Viagra-Tabletten angeboten und geliefert.⁵

Effizienzpotenziale

Einer von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebenen Studie zufolge wird der Trend zum elektronischen Handel auch in der Arzneimitteldistribution Effizienzpotenziale freisetzen und somit im Arzneimittelbereich zu sinkenden Kosten führen. Auf der Ebene des pharmazeutischen Großhandels wie auch des Einzelhandels werden weitere Konzentrationsprozesse erwartet, die sich zusammen mit Integrationsprozessen zwischen diesen Handelsstufen positiv auf die Distributionskosten auswirken werden.⁶ In Deutschland versucht derzeit beispielsweise der Internetanbieter „VitaGO“, mit Drogerieartikeln und freiverkäuflichen Arzneimitteln in Konkurrenz zu den traditionellen Vertriebswegen zu treten. Unter völliger Umgehung des Groß- und Einzelhandels treiben pharmazeutische Hersteller den Internet-Vertrieb für freiverkäufliche Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel voran. Aufgrund anderer gesetzlicher Rahmenbedingungen liefern Pharmaunternehmen in den USA über das Internet Arzneimittel direkt an die Endver-

braucher. So bietet die Firma Aventis Pasteur über einen „VaccineShope“ Produkte und Informationen rund um das Thema Impfen an.⁷

Neben den Effizienzvorteilen, die sich aus veränderten Distributionswegen ergeben, wird die Einführung eines „elektronischen Rezepts“ in Deutschland dazu beitragen, dass sich der bisher streng reglementierte Vertriebsweg zu einem verbraucherfreundlichen Nebeneinander unterschiedlicher Vertriebsformen - von traditionellen Einzelhandelsgeschäften über Apothekenketten bis hin zu Versand- und Internetapotheken - entwickelt. Die Auswirkungen auf den Arzneimittel-Handel sind absehbar, zumal sich aufgrund der Niederlassungsfreiheit und des Fremd- und Mehrbesitzverbots eine mit über 21.000 Apotheken atomistische Einzelhandelsstruktur entwickelt hat, die eine der Ursachen für den hohen Vertriebskostenanteil an den Arzneimittelpreisen darstellt (Abbildung 3).

Nach Auffassung der EU-Kommission wird es nur noch eine Frage der Zeit sein, bis die für die Preisbildung bei Arzneimitteln zuständigen nationalen Behörden angesichts der zunehmenden Möglichkeiten des elektronischen Handels konkrete Vorstellungen darüber entwickeln, welche Einsparungen sich bei den Vertriebskostenanteilen an ihren Arzneimittelausgaben erzielen lassen.⁸ Eine Studie des Europäischen Parlaments zur Technikfolgeabschätzung beim Einsatz neuer Informationstechnologien im Arzneimittelbereich kommt zu dem Schluss, dass dieser Aspekt bei der Schaffung eines europäischen Regelungsrahmens ausreichend zu berücksichtigen ist.⁹ Die Kommission regt deshalb nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit an, die nationalen Verbote des Versandhandels zumindest für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel noch einmal zu überprüfen.

Internethandel in Großbritannien und den USA

Der Internethandel mit Arzneimitteln ist in anderen Ländern bereits rechtlich möglich und hat in der Praxis eine entsprechende Bedeutung gewonnen. Insbesondere in Großbritannien und den USA werden derzeit Rahmenbedingungen für einen hohen Qualitätsstandard in der Arzneimittel-Versorgung geschaffen.

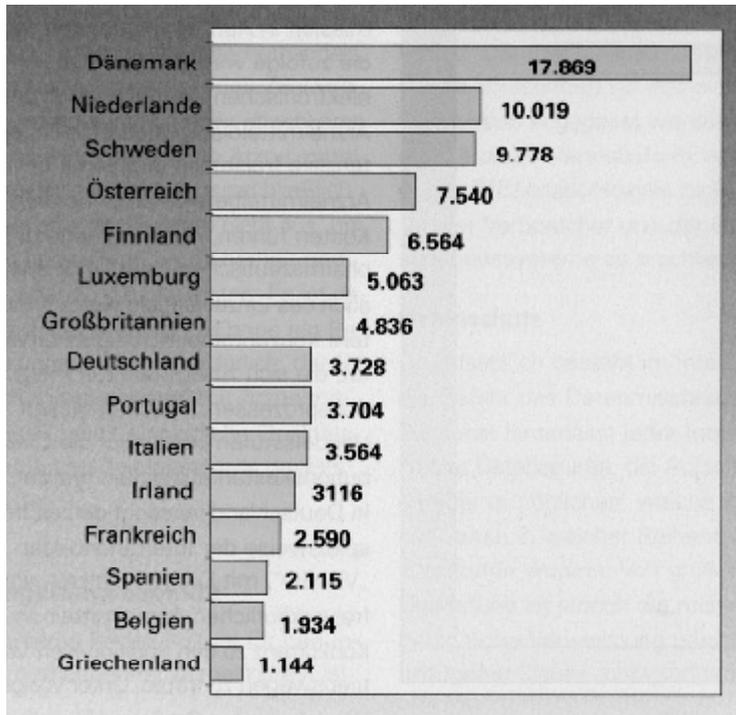


Abbildung 3: **Einwohner pro Apotheke**
 Quelle: GIRP, European Pharmaceutical Data 1997

Internet-Richtlinien der britischen Apotheker

Aufgrund anderer rechtlicher Rahmenbedingungen konnte in Großbritannien im November 1999 die erste Internet-Apotheke ihren Betrieb aufnehmen, die auch verschreibungspflichtige Arzneimittel vertreibt. Wie zu erwarten, haben die britischen Apotheker diese Form des Vertriebs zunächst rigoros abgelehnt. Allerdings hat die Royal Pharmaceutical Society, als der maßgebliche britische Apothekerverband, die Zeichen der Zeit schnell erkannt und mit Blick auf die zunehmende Verbreitung dieses Vertriebswegs bei gleichzeitigem Fehlen einheitlicher Standards zur Arzneimittel-Abgabe per Internet bereits Anfang 2000 Richtlinien zum Internethandel mit Arzneimitteln vorgelegt. Sie erweitern den für alle britischen Apotheker verbindlichen „Code of Ethics“.

Die neuen Richtlinien sollen bei der Arzneimittel-Versorgung über das Internet einen ebenso hohen Qualitätsstandard gewährleisten wie bei der Versorgung über den traditionellen Vertriebsweg. Neben konkreten Anweisungen zum Datenschutz sind darin Regelungen getroffen, die eine adäquate Information der Verbraucher über das gewünschte Arzneimittel sowie über mögliche Neben- und Wechselwirkungen sicherstellen.

Beim Bezug apothekenpflichtiger Arzneimittel haben die Verbraucher zusätzlich produktbezogene Fragebögen auszufüllen, die eine pharmazeutische Bewertung erlauben. Darüber hinaus ist vor der Abgabe von Arzneimitteln zu überprüfen, ob die Verbraucher die Maßgaben zur sachgerechten Anwendung und Dosierung der Arzneimittel richtig verstanden haben. Sind mögliche Komplikationen zu erwarten, weil beispielsweise bestimmte Krankheitssymptome geschildert werden, soll die Beratung durch einen Apotheker erfolgen.¹⁰

Nicht nur die Richtlinien der britischen Apotheker zeigen, wie durch Eigeninitiative die Rahmenbedingungen des Internethandels qualitätsorientiert beeinflusst werden können. Auch pharmazeutische Unternehmen nutzen kommerziell

entwickelte Zertifizierungen ihrer Internetseiten, wie sie beispielsweise von der Plain Language Commission angeboten werden, um im Hinblick auf Arzneimittelinformationen die Genauigkeit und Vollständigkeit von Übersetzungen aus anderen Sprachen zu garantieren.

Internet-Apotheken in den USA unter strenger Aufsicht

In den USA zählen Versandapotheken längst zu den etablierten Vertriebswegen von Arzneimitteln. Angesichts eines höheren InternetNutzungsgrads verwundert nicht, dass dort auch der Internethandel mit Arzneimitteln am weitesten voran geschritten ist. Über Internet-Apotheken werden bereits über 13 % aller Arzneimittel vertrieben, zum Teil werden Preisnachlässe von bis zu 30 % gewährt.¹¹ Die Aufsicht über die Apotheken liegt in der Regel bei den einzelnen Bundesstaaten. Nach einem Vorschlag der Regierung sollen Internet-Apotheken dagegen zukünftig unter die Aufsicht der amerikanischen Zulassungsbehörde Food and Drug Administration (FDA) gestellt werden. Die FDA ist mit der Erstellung von Richtlinien für den sicheren elektronischen Handel mit Arzneimitteln beauftragt.¹² Bereits heute verwarnt die FDA Internet-Anbieter, die verschreibungspflichtige oder nichtzugelassene Arzneimittel ohne Rezept sowie unreine Substanzen abgeben. Darüber hinaus soll die FDA die Qualität der Internet-Apotheken prüfen, deren Webseiten zertifizieren und Betreiber von Internet-Apotheken, die verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Rezept ausliefern, mit hohen Geldstrafen belegen können.¹³ Großbritannien und die USA haben sich bereits aktiv den Herausforderungen des Internethandels mit Arzneimitteln angenommen. Deren Erfahrungen lassen sich im Sinne einer qualitäts- und sicherheitsorientierten Versorgung mit Arzneimitteln auch hierzulande nutzen.

Anforderungen für den Internethandel mit Arzneimitteln

Vor dem Hintergrund der Verbreitung des Internets und des elektronischen Handels sowie den Erfahrungen aus anderen Ländern ergeben sich eine Reihe von Bedingungen, die beim Arzneimittel-Vertrieb über das Internet zu berücksichtigen sind.

Daten- und Verbraucherschutz

Der grenzüberschreitende Charakter des elektronischen Handels erfordert einen ebenso grenzüberschreitenden Regelungsrahmen, der ein hohes Niveau an Daten- und Verbraucherschutz gewährleisten muss. Erste Schritte dazu sind bereits eingeleitet worden: Die EU-Kommission will bis Ende des Jahres eine Richtlinie zum elektronischen Handel vorlegen, dessen Inhalte anschließend von den einzelnen Mitgliedstaaten in nationales Recht umzusetzen sind. Der Richtlinien-Entwurf, zu dem der Europäische Rat im Februar 2000 seinen Gemeinsamen Standpunkt verabschiedet hat, konkretisiert die Anwendung bestehender Regelungen zum Datenschutz und schreibt im Sinne des Verbraucherschutzes vor, dass beim Abschluss elektronischer Verträge bestimmte Informationen zu erteilen sind.¹⁴ In Deutschland sind seit Beginn des Jahres elektronische Unterschriften gestattet, die Vertragsabschlüsse direkt über das Internet ermöglichen. Der Wegfall handschriftlicher Bestätigungen elektronisch geschlossener Verträge beschleunigt den Prozess des elektronischen Geschäftsverkehrs und erfordert spezifische Regelungen zum Verbraucherschutz.

Anbieter- oder Empfängerlandprinzip

Der Richtlinien-Entwurf zum elektronischen Handel sieht vor, dass Internet-Dienste EU-weit angeboten werden können, sofern sie den im Land des Anbieters geltenden Rechtsvorschriften entsprechen. Auf dieser Grundlage könnte beispielsweise der in Großbritannien zugelassene Internethandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln von Großbritannien nach Deutschland nicht auf der Grundlage deutschen Rechts verboten werden. Es besteht allerdings die Gefahr, dass die Anwendung dieses „Herkunftslandprinzips“ gerade vor dem Hintergrund nicht-einheitlicher Arzneimittelmärkte in der EU nationale Regelungen zur Arzneimittelsicherheit aushöhlen könnte.

Solange sich in Europa die Bestimmungen zum Verkehr von Arzneimitteln von Land zu Land noch unterscheiden, sollte insbesondere für den Vertrieb verschreibungspflichtiger oder nicht zugelassener Arzneimittel auf das „Empfängerlandprinzip“ abgestellt werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in einer gemeinsamen Stellungnahme gegenüber der Europäischen Kommission die Zulassung des Internethandels mit Arzneimitteln und die Schaffung eines entsprechenden Regelungsrahmens gefordert. Sie haben ausdrücklich auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass bei nicht zugelassenen oder verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus Gründen der Arzneimittelsicherheit jeweils die im Staat des Empfängers geltenden Voraussetzungen erfüllt sein müssen.

Um die mit dem Internethandel verbundenen Vorteile zu realisieren, sind darüber hinaus auf nationaler Ebene vorhandene Restriktionen zu beseitigen, die eine effiziente Arzneimittel-Distribution behindern. Dies sind in Deutschland insbesondere das erst 1998 mit der achten Novelle zum Arzneimittelgesetz eingeführte Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln, aber auch das Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken.

Arzneimittelqualität und -Sicherheit

Um dem sensiblen Charakter der Arzneimittel-Versorgung Rechnung zu tragen, sind für den Vertrieb von Arzneimitteln über das Internet weitere Vorgaben erforderlich. Internet-Apotheken haben zunächst analog zu den Regelungen für die etablierten Vertriebskanäle dieselben Qualitätsstandards zu den technischen, räumlichen und personell fachlichen Mindestvoraussetzungen zu erfüllen. Im Sinne einer ausschließlich medizinisch-therapeutisch begründeten Arzneimittelanwendung muss der Bezug verschreibungspflichtiger Arzneimittel untrennbar mit einer persönlichen Beratung durch den behandelnden Arzt verbunden bleiben. Arzneimittellieferungen aufgrund von Verordnungen „virtueller Ärzte“, wie in den USA, sind daher nicht akzeptabel.

Der elektronische Handel basiert auf Kommunikationsstrukturen, die Art und Weise der Arzneimittel-Beratung und Kunden-Betreuung nachhaltig verändern werden. Elektronisch gestützte Dokumentationssysteme, die patientenbezogen eine routinemäßige Analyse der Arzneimittel-Verordnungen und des Arzneimittel-Verbrauchs ermöglichen, können zu mehr Qualität und Sicherheit der Arzneimittel-Anwendung beitragen und so auch die Dienstleistungsqualität der Apotheken erhöhen.

Angesichts der mit dem Internethandel verbundenen Veränderungen in der Kommunikation sieht der Richtlinien-Entwurf zum elektronischen Handel für reglementierte Be-

rufe wie Rechtsanwälte und Wirtschaftsprüfer die Einhaltung berufsethischer Regeln vor, die von den Berufsverbänden und Standesorganisationen in entsprechenden Verhaltenskodizes niedergelegt werden sollen. Analog dazu sind für den Bereich von Internet-Apotheken Vorgaben zu entwickeln, die eine adäquate Arzneimittel-Beratung gewährleisten. Die Internet-Richtlinien der britischen Royal Pharmaceutical Society belegen vorbildlich, wie unter Einbeziehung von E-Mail-Services sowie Telefon- und Fax-Hotlines Information und Kommunikation über Einnahmeverfahren, Neben- und Wechselwirkungen sowie Kontraindikationen sichergestellt werden können.

Ausblick

Als globales Phänomen wird der elektronische Handel die traditionellen Handelsformen zwar nicht ablösen, aber umfangreich verändern. In Deutschland erschwert das umfangreiche Arzneimittel-Angebot bei gleichzeitig hoher Apothekendichte eine ausreichende Vorratshaltung in den einzelnen Apotheken. Mindestens jede zehnte Arzneimittel-Verordnung kann nicht unmittelbar von den Apotheken beliefert werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen unterstützen deshalb auf nationaler und europäischer Ebene alle Maßnahmen, die zum einen die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln gewährleisten und zum anderen die Effizienzvorteile dieser Handelsform nutzbar machen. Dazu ist auf europäischer Ebene verbindlich zu regeln, dass insbesondere beim Bezug verschreibungspflichtiger Arzneimittel die rechtlichen Voraussetzungen des Empfängerlandes einzuhalten sind.

Neben europaweiten Vorgaben zum elektronischen Handel ist die weitere Harmonisierung der europäischen Arzneimittelmärkte mit Blick auf das verfügbare Arzneimittel-Angebot, die Abgabebestimmungen und die Vertriebswege anzustreben. Auf diese Weise würde der Anreiz zum grenzüberschreitenden Bezug von Arzneimitteln auf das Preiskriterium reduziert. Dennoch kann der Bezug verschreibungspflichtiger Präparate aus Nicht-EU-Staaten kaum unterbunden werden. In einer von der EU-Kommission in Auftrag gegebenen Studie zum elektronischen Handel mit Arzneimitteln wurde deshalb der Vorschlag einer europaweiten Informationskampagne entwickelt. Ziel dieser Kampagne soll die Sensibilisierung und Aufklärung der Verbraucher über die Gefahren eines unkontrollierten Arzneimittelbezugs sowie die Risiken einer unkontrollierten Arzneimittel-Anwendung sein.¹⁵

Es bleibt festzuhalten, dass jährlich überproportional steigende Arzneimittel-Ausgaben geradezu danach verlangen, die Arzneimittel-Versorgung mit Hilfe innovativer Distributionskonzepte so wirtschaftlich wie möglich zu gestalten. Der Nutzen für die Krankenversicherungssysteme, aber auch für die Verbraucher Anmerkungen: liegt auf der Hand. Der deutsche Gesetzgeber sollte daher der Anregung der EU-Kommission folgen, zumindest das Versandhandelsverbot für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel anhand des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zu überprüfen und die gesetzlichen Vorgaben im Arzneimittelgesetz, im Gesetz über das Apothekenwesen sowie in der Apotheken-Betriebsordnung entsprechend anpassen.

Verfasser: Christina Schäfers, Referentin „Arzneimittel“, und Wolfgang Kaesbach, Abteilungsleiter „Arzneimittel, Medizinprodukte und Heilmittel“, beide beim BKK Bundesverband, Essen

1 Deutscher Bundestag: Fünfter Zwischenbericht der Enquete-Kommission Zukunft der Medien in Wirtschaft und Gesellschaft - Deutschlands Weg in die Informationsgesellschaft zum Thema Verbraucherschutz in der Informationsgesellschaft, Bundestags-Drucksache 13/11003, 1998, S. 8 f.

Z. B. Verbraucher-Zentrale NRW: Apotheken-Check in NRW: Wie gut ist die Beratung zur Gewichtsreduktion?, Düsseldorf, Juni 1998 und Stiftung Warentest: „Beratung in Apotheken: Risiken und Nebenwirkungen“, in: test 7/99, S. 94-96.

Deutscher Bundestag, 1998: A. a. O., S. 12.

4 JAMA 2000, 283(5) und BMJ 2000, 3201751.

5 Ärzte Zeitung, 10.02.2000, S. 5.

6 Ashurst Morris Crisp and Executive Perspective S. A.: Impact of Electronic Commerce an the European Pharmaceutical Sector, Brüssel 1998, S. 5 f.

7 Pharmazeutische Zeitung, Nr. 6, 10.02.2000; S. 65 f.; Apotheker Zeitung, Nr. 14, 03.04.2000, S. 3 und SCRIP, Nr. 2, S. 29, 07.04.2000, S. 13. 8 Europäische Kommission: Mitteilung der Kom mission über den Binnenmarkt für Arzneimittel, COM1981588 final, 25.11.1998, S. 20 ff. 9 European Parliament, Scientrfic and Technological Options Assessment (STOA): New Technologies for the Marketing and Sale of Medicines an the Internet and Television Networks, Luxemburg, Januar 2000, S. 49.

10 The Pharmaceutical Journal, Vol. 264, No. 7077, 01.01.2000, S. 9.

11 Apotheker Zeitung, Nr. 1/2, 10.01.2000, S. 1 und Scrip Magazine, Februar 2000, S. 56.

12 Apotheker Zeitung, Nr. 50, 13.12.1999, S. 1.

13 Scrip Magazine, Februar 2000, S. 55 f.

14 Vgl. Rat der Europäischen Union: Gemeinsamer Standpunkt des Rates im Hinblick auf den Erlass der Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über bestimmte rechtliche Aspekte der Dienste der Informationsgesellschaft, insbesondere des elektronischen Geschäftsverkehrs, im Binnenmarkt („Richtlinie über den elektronischen Geschäftsverkehr“¹, 14263/1/99, REV 1, LIMITE, ECO 419, CONSOM 80, CODEC 826, 98/0325 (CODh Brüssel, 28.02.2000.

15 Ashurst Morris Crisp and Executive Perspective S. A., 1998: A. a. O., S. 22.

