

VDPP • RUNDBRIEF

52

12 / 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
52INHALT

**Zusammenarbeit
mit
Ärztenetzen**

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

wenn es bei der Herstellung dieses Rundbriefes weniger Pannen als bei der letzten Ausgabe gegeben haben sollte, dann könnt ihr ihn jetzt unter dem Tannenbaum lesen. Sollte die eine oder andere Leserin oder Leser zum Jahreswechsel den guten Vorsatz fassen, im nächsten Jahr mindestens einen Artikel zu schreiben, dann könnten vielleicht auch wieder vier Ausgaben erscheinen.

Das Titelbild (wie auch einige der über diese Ausgabe verstreuten Bilder) ist während der Mitgliederversammlung in Riedstadt aufgenommen worden, ganz so schlimm wie es aussieht (mehr anwesende Notebooks als Mitglieder) steht es um den Verein allerdings noch nicht. Bis zur nächsten MV in Münster ist es noch fast ein halbes Jahr, es stehen Neuwahlen zum Vorstand an. Vielleicht regen die Beiträge in diesem Heft ja auch den einen oder die eine oder andere von euch dazu an, sich in die Gesundheitspolitik etwas intensiver einzumischen, dies könnte beispielsweise durch eine Kandidatur für den Vorstand geschehen.

Einem Teil dieser Auflage liegt eine Broschüre der Stadt Münster zum Thema „Heilmittelwerbung“ bei.

Viel Spaß beim Lesen,

eure Redaktion

INHALT

Grußwort des Vorstands	<u>2</u>	VDPP-Aktuell	<u>21</u>
Auf der Suche nach möglichen Schnittpunkten Katja Lorenz	<u>2</u>	Zusammenarbeit mit der AG Verbraucherschutz Katja Lorenz	<u>22</u>
Integrierte Gesundheitssysteme und Arzneimittelversorgung Torsten Stützer-Rogge	<u>4</u>	Aus der Geschäftsstelle	<u>22</u>
Aufruf zur Teilnahme an der Stiftungsinitiative Karin Walter, Bernd Bähr	<u>6</u>	Termine	<u>23</u>
Beitrittserklärung zur Stiftungsinitiative	<u>7</u>	Beiträge Die Redaktion	<u>23</u>
Sozialpharmazie Udo Puteanus	<u>8</u>	DOKUMENTATION	
Stellungnahme zur Abschaffung des Arznei- und Heilmittelbudgets Katja Lorenz	<u>10</u>	Europäische Internet-Apotheke Christoph Trick	<u>24</u>
Qualitätssteigerung in der Diabetesversorgung Thomas Schulz	<u>10</u>	Stellungnahme zum Arzneimittelbudget Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach	<u>26</u>
Vertriebseinstellung von Mifegyne Katja Lorenz	<u>11</u>	Milliarden-Schaden durch fingierte Preise Udo Hörster	<u>29</u>
Besuch in der PharmaXie Dorothea Hofferberth	<u>12</u>	Nobel-Mumpitz Stefan Berg	<u>30</u>
BUCHBESPRECHUNG		Grüne Gesundheitspolitik: Für Prävention, Solidarität, Qualität und Wirtschaftlichkeit	<u>31</u>
Innovation im Arzneimittelmarkt Udo Puteanus	<u>13</u>	Nevirapine für Afrikas Babys? Claudia Jenkes	<u>37</u>
INTERNES		Briefvorlage an das BMZ	<u>40</u>
Protokoll der Mitgliederversammlung 2000 Udo Puteanus	<u>13</u>	Briefvorlage an Boehringer/Ingelheim	<u>41</u>
Rechenschaftsbericht des Vorstands Katja Lorenz	<u>14</u>	Zweifelhafter Service in Umweltapotheken Verbraucher-Zentrale NRW	<u>42</u>
Finanzplan und Finanzbericht Udo Ament	<u>17</u>	Sie haben keine Wahl Lothar Derichs1	<u>43</u>
Vorstandsprotokoll Juni 2000 Katja Lorenz	<u>20</u>	IMPRESSUM	<u>43</u>

Grußwort des Vorstandes

Liebe LeserInnen,

nun ist es über dem neuen Heft doch schon wieder Winter geworden. Durch verschiedene Verzögerungen, technischer und organisatorischer Art, können wir leider erst in dieser Ausgabe von der MV 2000 berichten.

„Dafür“ sind wir schon bei der Vorbereitung der MV 2001, die vom 16.- 17. Juni in Münster stattfinden wird.

Wer E-Mail hat und dadurch unser VDPP-aktuell erhält, weiß das schon länger. Seit Ende Oktober kann mit gleicher technischer Ausrüstung unsere neue Homepage besucht werden.

Auf der letzten Vorstandssitzung in Göttingen, suchten wir wieder eine Lösung für das alte Problem: wie reagieren wir schnell, unter Einbeziehung der Mitglieder (zur Nutzung ihres Spezialwissens ebenso wie zur Entlastung des Vorstands!) auf (berufs-)politische Entwicklungen. Wir versuchen, auch dies über den VDPP-aktuell besser in den Griff zu bekommen. Ab sofort gibt es die Rubrik „In Bearbeitung“. Aktuell geht es uns z.B. um die skandalöse Ankündigung den Vertrieb von Mifegyne wieder einzustellen, oder um die Thesen von Prof. Verspohl zur Einführung einer Pflichtfortbildung für Apotheker (PZ 42), oder um die Initiative der Regierung zur Erstellung eines nationalen Aktionsplanes Diabetes, oder um die Problematik der Internetapotheken. Zum jeweiligen Thema wird eine Koordinatoradresse (Vorstandsmitglied) genannt. Dann kann jede/r da mittun. (Wie immer an dieser Stelle erfolgt der Ruf: schickt uns eure M-Mail-Adressen!)

Dabei sehen wir natürlich das Problem für die nichtvernetzten Mitglieder. Um den rasantesten Entwicklungen begegnen zu können, sehen wir allerdings erst mal nur per E-Mail (und Telefon) eine Chance. Für andere Themen, wie z.B. die Pflichtfortbildung scheint mehr Zeit. Die Frage der Internetapotheken wollen wir zum Thema der MV machen. Da gibt es im Vorfeld also genügend Möglichkeit für jeden mit zu diskutieren.

Ich hoffe, dass dieser Rundbrief bald in euren Briefkästen liegt. Deshalb beeile ich mich auch mit diesem Grußwort.

Zum Schluss noch eines – soviel Zeit muss sein: Gratulation an Isabella und lauter gute Wünsche für die um eine Tochter größer gewordene Familie!!

Und noch was: egal, wann der Rundbrief 52 euch erreicht, auf alle Fälle wird darüber das alte Jahr zu Ende gehen. Darum jetzt schon: schöne, hektikfreie Feiertage und kommt gut – und nun endlich auch mathematisch-astronomisch korrekt!! – ins neue Jahrtausend.

Dies wünscht euch im Namen des Vorstandes

Katja Lorenz

Auf der Suche nach möglichen Schnitt- punkten

von Katja Lorenz

Vernetzte Praxen sind in aller Munde. Durch die Gesundheitsreform sollen sie weiter gefördert werden. Modellversuche gibt es inzwischen nahezu überall. Einige sind leider bereits aus der Modellphase heraus, ohne dass die gesetzlichen Grundlagen für eine Weiterführung geschaffen worden wären.

Alle Beteiligten sollen einbezogen werden: Ärzte, Therapeuten, Pflegedienste usw. kommen miteinander ins Gespräch. Seltsamerweise (?) fehlen immer die ApothekerInnen.

Durch Zufall lernte ich auf einer Veranstaltung der Grünen zur Patientenbeteiligung den Sprecher des Praxisnetzes Berlin kennen. Er stellte dieses Modell vor und wieder spielten Apotheken keine Rolle. Das brachte mich und darüber die Regionalgruppe Berlin auf die Idee nachzufragen. Wir organisierten ein Gespräch mit Dr. Dreykluft, dem Sprecher des Praxisnetzes Berliner Ärzte und der TK und BKK, wie dieses Projekt ausführlich heißt. Neben der Suche nach Möglichkeiten der Zusammenarbeit, interessierte uns auch das Engagement Dr. Dreyklufts im Rahmen der Vorbereitung des Gesundheitstages.

Alle (Rand-)Berliner Mitglieder wurden dazu per Brief eingeladen, die Resonanz war bestens! Dr. Dreykluft, der als Internist eine eigene Praxis hat, stellte zunächst die Kennzahlen des Netzes vor. Im Netz arbeiten rund 500 Ärzte verschiedener Fachrichtungen in 11 regionalen Gruppen zusammen. Wobei die Ärzte der jeweiligen Fachrichtung übergreifend Behandlungsrichtlinien erarbeiten. Es ging um die Einbeziehung der Pflegedienste, des Hypertonie-Projektes Berlin, der Selbsthilfegruppen, um Datenschutz, um die Schwierigkeit, schon allein unter den Ärzten eine offene Zusammenarbeit, jenseits der Konkurrenz zu organisieren.

Am Ende musste er (im übrigen selbst Mitglied des VDÄÄ!) "zugeben", sich erst im Vorfeld unserer Einladung gefragt zu haben, warum bisher keine Kooperation mit den Apothekern gesucht worden war. Es hatte die ganz banalen Gründe, die diejenigen von uns, die in Apotheken arbeiten, im täglichen Gespräch mit den Ärzten erleben. Das Verhältnis ist in den meisten Fällen gestört und vom Misstrauen geprägt, der jeweils andere könnte einem "über



den Zaun fressen"! Dazu hat jeder sofort mehrere Beispiele der Berufspraxis parat, in dem die "Gegenseite" sich besonders anmaßend/unkollegial oder einfach fachlich dummdreist benommen hatte.

Dabei wollten wir es nicht lange belassen, sondern suchten nach Gemeinsamkeiten. Nach den gesetzlichen Gegebenheiten, kann es eine Zusammenarbeit des Praxisnetzes mit dem VDPP nur außerhalb der Apotheke geben. Wir boten die Mitarbeit bei Therapierichtlinien, beim wirtschaftlichen Verschreiben und vor allen bei der Patientenschulung an.

In der Nachbereitung des Treffens wurden wiederum alle Berliner und Brandenburger Mitglieder angeschrieben. Wir

hatten eine Liste aller Mitglieder mit ihren Arbeitsschwerpunkten vorbereitet. Jede/r hatte nun die Möglichkeit, diese zu ergänzen oder sich streichen zu lassen. (Letzteres tat übrigens niemand.) Die überarbeitete Liste wurde dem Praxisnetz zur Verfügung gestellt.

Nun hoffen wir, dass von unserem Angebot bald Gebrauch gemacht wird, wollen den Kontakt aber auch für andere Themen aufrecht erhalten.

P.S. Nach seinem - inzwischen erloschenem - Engagement zum Gesundheitstag befragt, bestätigte er unseren Eindruck des totalen Organisationschaos! Aus dem gleichen Grund hatte sich auch der VDPP zu diesem Zeitpunkt aus der Vorbereitung weitgehend verabschiedet.

Integrierte Gesundheitssysteme und Arzneimittelversorgung (Arztnetze) - Fortbildungsprotokoll **Eine Bestandsaufnahme in Niedersachsen**

von **Torsten Stützer-Rogge**

*Ergänzend zu dem Artikel von Wolfgang Richter „Modellversuch vernetzte Praxen“ im letzten VDPP-Rundbrief (Nr. 51) möchte ich **meine** Zusammenfassung des Workshops „Gesundheitsökonomie“ vom vergangenen Herbst veröffentlichen. Vertreter der verschiedenen Akteure in unsrem Gesundheitswesen sind für einen Tag zusammen gekommen, um über „vernetzte Praxen“ zu sprechen. Es ist bewusst ein kleiner Kreis, und jeder kann frei seine Ansichten äußern. Die verschiedenen Ziele machen deutlich, dass wir - zumindest im Herbst 1999 - noch weit von einem harmonischen Miteinander entfernt sind. Eine weitere Sichtweise von diesem Tag könnt ihr in der PZ 49/1999, Seite 21, unter dem Titel: „Kein Idealmodell in Sicht“ lesen.*

Datum: 24.11.1999

Zusammenfassung:

1) Herr B., Arzt

Das Netz besteht seit 2/98 zwischen KV Niedersachsen und AOK (Region N.), einen Vertrag gibt es jedoch erst seit 10/99, d.h. ohne vertragliche Sicherheiten wurden besondere Leistungen mündlich vereinbart durchgeführt,

DEFINITION: Praxisnetz = loser (!) Verbund von Ärzten in einer bestimmten Region zur Optimierung der Versorgung.

Merkmale eine Netzes:

- Kollegialität
- Kommunikation
- Kooperation

Ziele:

- mehr ärztliche Selbstbestimmung
- angemessenes Honorar (d.h. mehr Geld als zuvor)
- bessere Kooperation
- mehr Lebensqualität (für den Arzt!)
- Optimierung der Patientenversorgung

Problemzonen:

- Vertrauensmangel zwischen den Ärzten
- scheinbare Konkurrenz stationär u. ambulant
- Angst vor Repressalien durch KV / Krankenkassen / Politik

Lösung:

Konsens statt Dissens – Ärzte sollen selbst entscheiden, was sie tun wollen und wie viel Geld sie dafür zu bekommen haben(!). Die Qualität seiner Versorgung misst Herr B. ausschließlich an der Sterblichkeit seiner Patienten.

Zitat: „Wenn mit weniger Geld nicht mehr Patienten sterben, haben wir die Qualität erhöht.“ (Anmerkung: Darf man das wirklich so sehen? Stützer)

2) Herr N., Krankenhausdirektor

Viele ambulante OPs werden jetzt durch ambulante Ärzte durchgeführt.

Über Erbpacht werden ambulante Spezialisten in die Nähe der Klinik angesiedelt, wodurch das Spektrum des Krankenhauses erweitert werden konnte und Synergieeffekte einsetzen. Beispiel: Pädiatrie war bisher eine verlorene Disziplin. Durch den ambulanten Pädiater können nun 1/3 der Frühgeburten in G. bleiben, und müssen nicht mehr an andere Häuser abgegeben werden.

Eine ambulante Weiterbetreuung entlassener Patienten wird auch mit Apotheken praktiziert in den Bereichen

- Stoma
- Inkontinenz
- Diabetes mellitus
- Enterale Ernährung

Partnerapotheken werden geschult u. auditiert (ein verdeckter Probestpatient pro Jahr um zu prüfen, ob die Apotheke auch die vereinbarten Leistungen erbringt). Es werden Standards gefordert, deren Durchföhrung überpröft wird. Die Apotheken können dafür preiswerter als über den GH in der Klinik einkaufen.

Bemerkung: Nur Deutschland und Österreic haben eine Trennung von ambulant und stationär in Europa. Da uns Europa ganz schnell einholen wird, wird es auch bald keine Trennung dieser Bereiche mehr geben.

3) Dr. M., Apotheker

Ziele:

- Ergebnisqualität: Einsparungen
- Prozessqualität: Patientenzufriedenheit

(Anmerkung: Ob das eine sinnvolle Definition ist bezweifle ich stark. Stützer)

Das Ärzte-Netz Nord-Ems:

- Übernahme und Ausbau einer radiologischen Praxis
- ambulanter Krankenpflegedienst
- Softwareeinföhrung zur Vernetzung

Das Netz versorgt derzeit 100 000 Patienten, es sind 60 Ärzte und alle 17 Apotheken der Region P. an dem Netz beteiligt. Das Apothekennetz "Pharmazeutische Leistungsgemeinschaft" ist ein eigenes Netz und nur an das Ärztenetz angegliedert, was für besser erachtet wurde, als voll in das Netz integriert zu werden. Das Ziel war und ist zu verhindern, dass nur einzelne Apotheken von dem Netz partizipieren.

4) Herr N., Krankenkasse

In Niedersachsen haben sich die Kostenanteile für Gesundheit von 1992 bis 1998 folgendermaßen entwickelt:

stationär: 32.1% auf 34.8% gestiegen
ambulant: 33.4% auf 31.6% gefallen

In den letzten 6 Jahren sind Bettenzahl und Liegezeiten gesunken, aber das Budget ist gestiegen. Es gibt derzeit viele horizontale Netze (d.h. nur Ärzte im Netz) und wenig integrierte Netze (d.h. auch andere Akteure im Gesundheitswesen sind beteiligt).

Wie wird Qualität gemessen?

Da **Ergebnisqualität** derzeit **nicht messbar** ist, setzen wir hohe Anforderungen an die von uns geförderten Netze und hoffen dadurch Qualität zu unterstützen. Herr Dr. Kasper, Landesverband AOK Hessen: „**Die integrierte Versorgung ist ein Wettbewerbsmodell, nichts anderes!**“

§140 Gesundheitsreformgesetz: Kopfpauschalen für die ambulante Versorgung sind vorgesehen (= „Capitation-Prinzip“)

5) Dr. H., Kassenärztliche Vereinigung

Vernetzte Praxen: **Globale Zielsetzung:**

Eine vernetzte Versorgungsstruktur ist insbesondere dann

erfolgreich, wenn:

- die Qualität der med. Leistung konstant bleibt oder steigt
- der Service für den Patienten steigt
- betriebliche Parameter durch gezielte Beeinflussung optimiert werden

Aspekte im Netz

– aus **Arztsicht:**

- (+) höhere rechtliche Sicherheit durch Leitlinien und Positivliste
- (+) relativ mehr Honorar, da evtl. weniger Zeit benötigt wird, um die gleiche Zahl von Patienten zu versorgen, da z. B. Doppeluntersuchungen entfallen.
- (+) daraus ergibt sich mehr Freizeit
- (+) eine Zentralanamnese spart Zeit und erhöht die Sicherheit
- (-) der Dokumentationsaufwand steigt, ebenfalls benötigen die Treffen im Netz Zeit (evtl. weniger Freizeit)
- (-) Einschränkung der Therapiefreiheit durch die Leitlinien

– aus **Patientensicht:**

- (+) rund um die Uhr Betreuung
- (+) gut informiertes Ärzteteam
- (-) verminderter Datenschutz
- (-) eingeschränkte Arztwahl

6) Prof. F., Mitglied des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen

Vorhalten rational begründeter Maßnahmen, mit denen die Inanspruchnahme von Leistungen gesteuert werden soll, um sowohl eine Unter- als auch eine Überversorgung zu reduzieren.

Richtlinien sind keine Leitlinien

- Richtlinien: Konsequenzen bei Verstößen
- Leitlinien: keine Konsequenzen bei Verstößen, sie sind freiwillig

Probleme von Leitlinien:

- sie sind nur eine Möglichkeit zur Qualitätssteigerung
- es gibt einen Entwicklungsrückstand in Deutschland
- sie können zu einer relativem Über- und / oder Unterversorgung föhren, da Leitlinien die Aufmerksamkeit auf einzelne Punkte lenken
- Umsetzungsproblematik: in der Regel ändert sich das Verhalten **nicht**, da der Arzt die Leitlinien zwar u. U. mit beschlossen, aber ihren Inhalt nicht vollständig verinnerlicht hat. Sitzt nun ein Patient vor ihm, bei dem die Leitlinie anzuwenden wäre, werden bisherige Behandlungsweisen angewendet, da er ja nicht eben nach dem „richtigen“ Zettel irgendwo im Schreibtisch suchen kann. Zu einem Nacharbeiten fehlt dann die Zeit, denn der nächste Patient drängt und hat ohnehin ein anderes Problem.
- sie können u. U. erheblich die Kosten steigern

Voraussetzung für Leitlinien im Versorgungsnetz:

- einheitliches Muster und Qualifizierungsverfahren (nicht jeder meint...)
- Integrativ, fachübergreifend (Heil- u. Pflegeberufe)
- Beschreibung von Schnittstellen

Voraussetzung für die Einführung:

- Einigung über Sinn und Ziele der Leitlinien
- Einigung über Prioritäten bei der Entwicklung, Wahl und Anwendung
- Einheitliche Implementierungsstrategie
- Gemeinsame Anwendung
- Forcierte Bildung von Leitlinien
- Einheitlicher Kommunikationsstil mit den Patienten

Voraussetzungen für die Einführung:

- QMS
- Kostenkontrolle
- Verbreitung der Leitlinien bei Patient und Arzt
- Modalitäten der Patienten beachten

Gewinn des Arztes durch Leitlinien:

- erleichtertes **QMS**
- erleichterte Kostenkontrolle
- erleichterte Effektivitäts- und Effizienzkontrolle

Gewinn für Patienten von Leitlinien:

- Versorgung nach anerkanntem Wissensstand
- Kompetenzgewinn durch mehr Informationen
- Gesundheitsfördernde /-bildende Effekte, da das Krankheitsverständnis beim Patienten steigt

7) Dr. V., Pharmazeutische Industrie

Herr V. hat eine Werbeschrift der Industrie vorgelesen, die ich eher peinlich denn informativ fand.

Besondere Erkenntnisse:

„Wer nicht selbst aktiv die Zukunft gestaltet, wird von den aktiveren Teilnehmern verdrängt werden.“ (Herr B., der Nicht-Netzärzte indirekt angreift).

Aufruf zur Teilnahme an der Stiftungsinitiative »Erinnerung, Verantwortung und Zukunft«

Zum Beitritt von Apothekeninhabern zur Stiftungsinitiative der deutschen Wirtschaft »Erinnerung, Verantwortung und Zukunft«:

55 Jahre nach Kriegsende wurde am 17. Juli 2000 das Regierungsabkommen zwischen den USA und Deutschland betreffend der Stiftung »Erinnerung, Verantwortung und Zukunft« unterzeichnet. Es sieht vor, heute noch lebende ehemalige Zwangsarbeiter und NS-Opfer, die Vermögensschäden unter wesentlicher und schadensursächlicher Beteiligung deutscher Unternehmen* erlitten hatten, zu entschädigen.

Bereits am 14. Juli verabschiedete der Bundesrat das Gesetz zur Errichtung der Stiftung, die mit folgenden Mitteln ausgestattet werden sollte: 5 Milliarden DM, bereitgestellt von der Stiftungsinitiative der deutschen Wirtschaft, und 5 Milliarden DM, die die Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung stellt. In Kraft treten kann das Gesetz allerdings erst, wenn sicher gestellt ist, dass die Mittel der Stiftung im vollen Umfang zur Verfügung stehen. Weniger als 20 Prozent der über 200 000 angeschriebenen Unternehmen haben sich bisher der Stiftung angeschlossen; zu wenig, um die versprochenen Milliarden aufzubringen. Wir meinen, dass die deutsche Industrie die Verantwortung für ihr historisches Erbe übernehmen sollte.

Für den pharmazeutischen Bereich könnten wir als Inhaber eines deutschen Unternehmens moralische Verantwortung mit übernehmen, da von Seiten der pharmazeutischen Industrie die Solidaritätsbekundungen eher zaghaft sind. Die

Apothekerinnen und Apotheker von heute haben zwar keine NS-Vergangenheit. Teile unseres Berufsstandes und der Pharmaindustrie waren jedoch in nationalsozialistische Machenschaften verstrickt. Tausende von Zwangsarbeitern und Insassen von Konzentrationslagern wurden damals für Arzneimittelversuche missbraucht.

Aber auch aus humanitären Gründen haben wir uns entschlossen, die deutschen Apothekeninhaber aufzurufen, der Stiftung beizutreten und damit einen kleinen Beitrag an Wiedergutmachung zu leisten; wohlwissend, dass Unrecht und Leid nicht mit Geld gemindert oder gelindert werden kann.

Beiträge zur Stiftung sind nach Auskunft des Bundesinnenministeriums für Finanzen Betriebsausgaben. Weitere Informationen im Internet unter: www.stiftungsinitiative.de.

Karin Walter, Mercator Apotheke, Eiserne Hand 3, 60318 Frankfurt Bernd Bähr, Frankfurt

Nebenstehend finden Sie ein Faxformular »Beitrittserklärung«.

*) § 11, Abs. 3 Gesetz zur Errichtung einer Stiftung: »Erinnerung, Verantwortung und Zukunft«.

RÜCKANTWORT

Stiftungsinitiative der deutschen Wirtschaft
"Erinnerung, Verantwortung und Zukunft"
c/o Haus der Deutschen Wirtschaft

Breite Straße 29
10493 Berlin

Fax-Nr. 030/20609-103 bis -106

Beitrittserklärung

Hiermit erklären wir unseren Beitritt zur Stiftungsinitiative der deutschen Wirtschaft
"Erinnerung, Verantwortung und Zukunft".

FIRMA: _____

ANSPRECHPARTNER: _____

ADRESSE: _____

TEL-NR.: _____

Telefonnummer ist gleichzeitig Ihre Korrespondenznummer

FAX / E-MAIL: _____

BRANCHE / VERBAND: _____

Wir werden einen Beitrag in Höhe von: _____ DM/EUR
möglichst umgehend auf eines der Konten der Stiftungsinitiative einzahlen.:

Mit der Veröffentlichung unserer Firma als Mitglied der Stiftungsinitiative sind wir:

einverstanden

nicht einverstanden

Konto-Nr.: 909099	Dresdner Bank AG, Frankfurt	BLZ: 500 800 00
8503286	Deutsche Bank AG, Frankfurt	BLZ: 500 700 10
3318441	Commerzbank AG, Frankfurt	BLZ: 500 400 00
85601199	Bay. HypoVereinsbank AG, München	BLZ: 700 202 70

Stichwort: „Stiftungsinitiative“ + Korrespondenznummer
bitte obige Korrespondenznummer angeben – Ihre Telefonnummer)

.....
ORT, DATUM

.....
UNTERSCHRIFT

Sozialpharmazie

Da ich annehme, dass die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags in Nordrhein-Westfalen, Sozialpharmazie zu betreiben, auch die RundbriefleserInnen interessiert, hier eine kurze Übersicht über Projekte, die die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker durchgeführt haben bzw. derzeit noch durchführen:

Udo Puteanus

Für die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker in NRW sind die Bestimmungen des Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) von zentraler Bedeutung: Kernpunkt ist der § 20.2:

“Die untere Gesundheitsbehörde (Amtsapotheker) soll mit Unterstützung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst anhand der ihr zur Verfügung stehenden Daten den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten. Sie kann dazu auch Erhebungen durchführen. Auf dieser Grundlage soll sie die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufklären, informieren und beraten sowie an der Bekämpfung des Drogen- und Arznei-Mittelmissbrauchs mitwirken”.

Posterdemonstration über Projekte zur Sozialpharmazie

In einigen Kreisen und kreisfreien Städten sind Projekte zur Sozialpharmazie auf den Weg gebracht worden und zum Teil bereits abgeschlossen. Einige Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker präsentierten ihre Ergebnisse oder Planungen auf Postern. Anlass war die Fortbildungsveranstaltung für Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker im Juni 2000.

Der Amtsapotheker der Städte Wuppertal und Remscheid, Dr. Holger Goetzendorff, hatte die Kolleginnen zur gemeinsamen Herstellung der Poster im Vorfeld eingeladen und sich für ihre professionelle Gestaltung eingesetzt. Eine spezielle Veröffentlichung zur Posterdemonstration ist in Vorbereitung.

Drogenkreise

Poster des Amtsapothekers Bernhard Wandt (Stadt Leverkusen, Oberbergischer Kreis):

Im Oberbergischen Kreis haben neben dem Amtsapotheker Psychiater, Sozialarbeiter, Pflegedienste und die Apothekerschaft einen gemeinsamen Arbeitskreis gegründet. In vier jährlichen Sitzungen werden in einem konzertierten Herangehen an die Drogenproblematik Lösungen gesucht und Projekte im präventiven wie im kurativen Bereich besprochen und durchgeführt. Innovativ für den Kreis ist der Versuch, Fachexperten aus unterschiedlichen Bereichen zu einer kontinuierlichen Zusammenarbeit zusammenzubringen und damit aus den unterschiedlichen Herangehensweisen an die Probleme neue Sichtweisen kennen zu lernen und Verständnis zu entwickeln.

Chinesische Heilkräuter Sozialpharmazie als Verbraucherschutz

Poster der Amtsapothekerin Dr. Ute Stapel (Stadt Hamm): Dieses Projekt begann bereits im Jahre 1998 in Zusammen-

arbeit mit den Amtsapothekern Dr. Goetzendorff (Wuppertal/Remscheid) und Scharf (Düsseldorf). Ziel des Projektes war es:

- Erkenntnisse über die Verbreitung dieser Mittel in der Krankheitsbekämpfung und -vorsorge zu sammeln, - Untersuchungen anzustellen, aus welchen Gründen das Interesse der Bevölkerung an chinesischen Heilkräutern zunimmt und
- Möglichkeiten der Aufklärung und Information über die mit diesen Mitteln verbundenen Risiken aufzuzeigen. Insbesondere sollte und soll geprüft werden, ob die in den Verkehr gebrachten Drogen den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes genügen. Im Rahmen der Gefahrenabwehr und auch als Ergebnis des Projektes wurde mittlerweile im Interesse eines optimalen Verbraucherschutzes festgelegt, dass in Apotheken nur geprüfte und zertifizierte Heilkräuter abgegeben werden dürfen.

Schöne neue Welt durch Drogen?

Chemische Grundlagen und Wirkungen, Dr. Ute Stapel (Stadt Hamm):

Basierend auf einem Programm der kanadischen Regierung “Drugs for Kids” wird zur Zeit eine Unterrichtseinheit in Verbindung mit Biologie (ggf. Chemie) zu o. a. Thema entwickelt, die die Amtsapothekerin auf Wunsch der Schule in Abstimmung mit den Lehrern durchführt.

Ziel ist es, Jugendliche zu erreichen und durch die Information über chemische Grundlagen und die Wirkungen der Drogen im Körper einer Verharmlosung moderner Drogen wie z. B. Ecstasy entgegenzuwirken. In Form von Fragebögen werden Ziel und Ergebnis der Information dokumentiert und ausgewertet. Das Projekt wird zur Zeit planerisch vorbereitet und soll im Herbst 2000 beginnen.

Schlankheitsmittel

Poster der Amtsapothekerin Dr. Siegrun auf dem Keller (Stadt Oberhausen, Stadt Mülheim/Ruhr):

Der Graue Markt der Borderline-Produkte, darunter insbesondere die Schlankheitsmittel, gibt immer wieder Anlass zu Kritik und erfordert häufig amtliche Maßnahmen. Durch irreführende Werbung wird der Verbraucher getäuscht oder geprellt, im schlimmeren Fall sogar in seiner Gesundheit beeinträchtigt. Durch Pressearbeit werden die Bürgerinnen und Bürger auf die Gefahren hingewiesen und alternative Möglichkeiten durch gesunde Ernährung aufgezeigt. Mit Hilfe des Posters soll eine weitere Möglichkeit genutzt werden, die Bevölkerung zu erreichen. Dabei wird bewusst auf Text verzichtet und statt dessen versucht, mit Bildern die Aufmerksamkeit zu erregen. Das Poster eröffnet auch die Möglichkeit, dem Schlankheitswahn durch die Darstellung eines kleinen freundlichen Dicken etwas Positives entgegenzusetzen.

Gesunder Schlaf

Poster der Amtsapotheker Hans-Ulrich Thielmann (Stadt So-

lingen) und Dr. Holger Goetzendorff (Stadt Wuppertal, Stadt Remscheid)

Im Rahmen der Agenda 21 möchten sich die Städte Wuppertal, Remscheid und Solingen dem Thema "Schlafen" zuwenden. In Zusammenarbeit mit der Barmer Ersatzkasse und der Apothekerschaft sollen im Rahmen des Möglichen auch Verordnungsdaten und Absatzdaten von Schlafmitteln in die Überlegungen einbezogen werden. Fokussiert wird dabei aber nicht auf den Arzneimittel-Missbrauch, sondern auf die richtige Anwendung von Schlafmitteln und auf das Vermeiden von Schlafstörungen. Es sollen Handlungsempfehlungen sowie ein Flyer erstellt werden, um Aufklärung in der Bevölkerung zu betreiben. Die Amtsapotheker ihrerseits planen durch Interviews auf der Straße und in Einrichtungen der Altenhilfe Informationen über den Ist-Zustand und die durchgeführten therapeutischen Maßnahmen zu erhalten.

Amtsapotheker im Internet

Präsentation durch Joachim Grumblat (Kreis Euskirchen)

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit einer modernen Verwaltung hat der Amtsapotheker unter Nutzung der Möglichkeiten, die das Internet bietet, bei der Kreisverwaltung Euskirchen eine Homepage "Amtsapotheker" eingerichtet (<http://www.kreis-euskirchen.de/gesund/abt53/amtsapo1.htm>). Auf dieser Homepage soll sich der interessierte Bürger zunächst über die vielfältigen Aufgaben des Amtsapothekers, die Versorgung mit Arzneimitteln im Einzelhandel und in Heimen, den Apothekenbetrieb, die klinische Prüfung von Arzneimitteln und den Chemikalienhandel informieren können. Dabei wird versucht, diese Themen leicht verständlich darzustellen. Sofern sinnvoll können durch Verweis auf entsprechende Links zu diesen Themen weitere Informationen abgefragt werden. Bei den aktuellen Informationen werden in der Regel Artikel des BfArM, des BMG, des BgVV, der Apothekerkammer oder anderer Institutionen zu aktuellen Themen veröffentlicht. Im Monatsdurchschnitt werden derzeit ca. 180 Zugriffe auf die Homepage registriert.

Arzneimittelspenden für humanitäre Hilfe

Sylvia Demelius (Kreis Recklinghausen, auch Stadt Bottrop, Stadt Gelsenkirchen) Beinahe täglich berichten die Medien über Katastrophen und das Leiden der betroffenen Menschen. Viele der Berichte lösen bei den Zuschauern den Wunsch aus zu helfen. Schnell wird dann der Ruf nach Arzneimittelspenden laut. Arzneimittelspenden können ein äußerst nützlicher Teil der internationalen humanitären Hilfe sein. Bedauerlicherweise gibt es aber auch zahlreiche Beispiele dafür, dass nicht bedarfsgerechte Arzneimittelspenden Probleme verursachen. So fielen allein in Mostar (ehemaliges Jugoslawien) Ende 1995 340 Tonnen unbrauchbarer Arzneimittel an. Das böse Wort von der "billigen Entsorgung von Pharmamüll" machte die Runde. Im Rahmen der Sozialpharmazie erarbeitete die Amtsapothekerin auf der Grundlage der entsprechenden Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation ein Merkblatt "Arzneimittelspenden" zur Aufklärung der Bevölkerung. Zudem organisierte und zeigte sie eine vom Deutschen Institut für ärztliche Mission (DI-FÄM) entwickelte Ausstellung in den Räumen der Gesundheitsämter in Bottrop und Recklinghausen im Rahmen des

"Tages der Apotheke". Die Ausstellung wird im Herbst auch in Gelsenkirchen zu sehen sein.

Weitere sozialpharmazeutische Projekte, die aber nicht im Rahmen der Posterdemonstration gezeigt wurden:

Nutzen und Risiken von pflanzlichen Arzneimitteln

Dr. Wolfgang Butz (Stadt Krefeld, Kreis Wesel) Pflanzlichen Arzneimitteln wird im allgemeinen nachgesagt, sie seien altbewährte und unschädliche Arzneimittel. Sie genießen deshalb hohe Wertschätzung in der Bevölkerung. Fachleuten ist jedoch durchaus bewusst, dass eine solche pauschal positive Bewertung pflanzlicher Arzneimittel nicht ungefährlich ist. Gerade pflanzliche Abführmittel und alkoholhaltige Phytopharmaka sind Beispiele dafür, wie ein sorgloser Umgang mit diesen Mitteln zu Gefährdungen der Bevölkerung führen kann. Um die Aufmerksamkeit der Bürgerinnen und Bürger der Stadt Krefeld und des Kreises Wesel zu gewinnen, befragten Schülerinnen einer PTA-Schule Passanten über ihren Umgang mit pflanzlichen Arzneimitteln. In Apotheken lag der Fragebogen ebenfalls aus. Mit dieser Umfrage wird kein repräsentatives Ergebnis erwartet aber ein Trend, der Anlass dazu bietet, die Bevölkerung über einen sachgerechten Umgang mit pflanzlichen Arzneimitteln aufzuklären.

Arzneimittelversorgung in Altenheimen

Ein gemeinsames Projekt der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker der Städte Dortmund, Essen, Münster, Hagen und des Kreises Mettmann:

Bewohnerinnen und Bewohner von Altenheimen werden auf unterschiedliche Art und Weise mit Arzneimitteln versorgt. Meist holen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heime die Arzneimittel aus der Apotheke. Teilweise sorgen die Apotheken in regelmäßigem Wechsel für die Belieferung der Heime. Eine vertraglich abgesicherte Versorgung mit entsprechender Beratung und Betreuung der Heimbewohner wie auch des Personales wird durch die gesetzlichen Vorschriften derzeit verhindert. Die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker der o. g. Städte und des Kreises Mettmann untersuchen den Ist-Zustand in den Heimen der jeweiligen Kommunen mit dem Schwerpunkt des apothekerlichen Engagements in den Heimen. Ziel ist es, auf Verbesserungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen und einen Beitrag zur weiteren Diskussion über gesetzliche Änderungen (Apothekengesetz) zu leisten.

Frauen und Medikamente

Jochen Hendrichs (Stadt Münster)

Frauen erhalten von der Pubertät an überdurchschnittlich viele Medikamente. Ab etwa dem 45. Lebensjahr erhalten Frauen weit häufiger als Männer Psychopharmaka, insbesondere Beruhigungs- und Schlafmittel. Sucht durch Medikamente betrifft von daher in erster Linie das weibliche Geschlecht. Frauen und Medikamente ist seit 1998 eines der zentralen Themen der Gesundheitskonferenz der Stadt Münster. Im Rahmen dieser Diskussionen erarbeitete der Amtsapotheker Informationsmaterialien zu den Themen "Arzneimittelwerbung" und "Kinder und Medikamente". Außerdem gestaltete er eine Vortragsveranstaltung zum Thema Werbung, die sich an Verbraucher und an Apothekenpersonal wandte.

Nutzen und Risiken der Selbstmedikation

Clemens Schmidt (Düsseldorf) Im Jahre 1998 schreckte eine Untersuchung der Verbraucher-Zentrale über die Beratungsleistung in Apotheken zu Schlankheitsmitteln die Apothekerschaft auf. Vorwürfe an die Verbraucherschützer, sie wollten mit ihrem Test für ein negatives Image der Apotheken sorgen, waren die Folge. Dem Amtsapotheker ge-

lang es, Vertreter der Düsseldorfer Apothekerschaft und der Verbraucher-Zentrale an einen Tisch zu bringen und Leitlinien für die Selbstmedikation zu erarbeiten. Diese wurden in Apotheken und in den Beratungsstellen der Verbraucher-Zentrale der Bevölkerung zur Verfügung gestellt und der Öffentlichkeit in einer gemeinsamen Pressekonferenz vorgestellt.

Stellungnahme des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) zum Antrag der FDP zur Abschaffung der Arznei- und Heilmittelbudgets (DS 14/3299)

Eine Begrenzung der Gesundheitsausgaben ist unverzichtbar. Wir teilen die dem Antrag zu Grunde liegende Kritik jedoch in folgendem:

Die Festlegung eines Arznei- und Heilmittelbudgets ist bestenfalls kurzfristig zur Ausgabensteuerung geeignet, da es lediglich eine rein quantitative Beurteilung der Ausgaben darstellt. Hinzu kommt im aktuellen Fall, dass die Eckdaten des Budgets nicht geeignet sind, die Kosten wirkungsvoll zu begrenzen.

Insbesondere lehnen wir die Kollektivhaftung bei Budgetüberschreitung ab. Sie nimmt auch diejenigen Vertragsärzte in Haftung, die selbst nur das Ausreichende und Notwendige verschreiben. Die vom BMG aufgezeichnete Einflussmöglichkeit, die diese Ärzte auf ihre KVen nehmen können und sollen, ist in der Praxis nicht gegeben bzw. in den Auswirkungen viel zu schwerfällig. Das heißt der "Unschuldige" zahlt mit, ohne wirklich etwas ändern zu können. Der Verantwortung für das eigene Verschreibungsverhalten wird gegengesteuert. Abgesehen davon ist der Regress nach Meinung von Experten rechtlich sowieso nicht haltbar. Außerdem fehlt noch immer eine zeitnahe Datenerhebung, die den Ärzten Auskunft über ihr Verschreibungsverhalten und die entstehenden Kosten geben muss. Dieser Umstand führt zur weiteren Verunsicherung der Ärzte, zu einem irrationalen Ordnungsverhalten und damit zur Gefährdung der Patienten.

Die im Antrag vorgeschlagene Lösung - Ablösung der Budgets durch getrennte Richtgrößen für Arznei- und Hilfsmittel - ändert diese Situation aus unserer Sicht auch nur mittelfristig, da grundlegende Probleme dabei unberührt bleiben.

Eine nachhaltige Verbesserung der Lage ist für uns durch folgende Maßnahmen erreichbar:

1. Realisierung der Positivliste, bis dahin: Ausbau der Negativlisten und AM-Richtlinien und stärkere Kontrolle des Ordnungsverhaltens unter diesen Aspekten
2. Ausdehnung der Festbetragsregelungen, Freistellung nur für echte Innovationen,
3. Verstärkte - von der pharmazeutischen Industrie unabhängige! - Fortbildung der Ärzte über sinnvolle, wirtschaft-

liche, auch nicht-medikamentöse Behandlungsalternativen,

4. Schnelle Erarbeitung der in der Gesundheitsreform vorgesehenen Leitlinien und Qualitätsstandards auf der Grundlage der evidence based medicine für die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder (Erfahrungen der Praxisnetze nutzen),
5. Einführung von Fallpauschalen: die Gesamtbehandlungskosten sind entscheidend bei der Aussage zur Wirtschaftlichkeit! Die künstliche Aufteilung in Einzelbereiche verfälscht das Ergebnis. daraus: Schaffung von indikationsbezogenen Modulen unter Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten,
6. Durchsetzung der integrierten Versorgung und patientenorientierten Zusammenarbeit aller Leistungserbringer vor Ort
7. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze Rationierung ist weltweit ein Thema, wird offen oder versteckt längst praktiziert. Die Diskussion darüber muss endlich begonnen und ehrlich geführt werden. Die Verantwortung der Politik darf nicht auf die Ärzte abgewälzt werden.

Katja Lorenz, für den Vorstand des VDPP

Anmerkung:

Am 27.9. fand im Bundestag die Anhörung zum Antrag der FDP statt, die Arznei- und Hilfsmittelbudgets abzuschaffen. Der VDPP wurde durch Katja Lorenz vertreten. Das Thema wurde anscheinend für so wichtig gehalten, dass die Anhörung sogar um eine Stunde verlängert wurde. Ausführlich wurde die schlechte Datenlage, die Grundlagen zur Budgetfestsetzung und die mögliche Ablösung durch Richtgrößen diskutiert. Wir wurden leider nichts gefragt, hatten jedoch zuvor unsere oben abgedruckte Stellungnahme abgegeben.

Im Dokumentationsteil findet sich noch der Beitrag von Prof. Dr. Dr. Karl Lautenbach. Er war der Experte für die Datenlage und wurde dazu bemerkenswerterweise quer durch die Fraktionen befragt.

Katja Lorenz

Presseerklärung des VDPP zur Bundestags-Drucksache 14 / 562 Qualitätssteigerung in der Diabetes-Versorgung

Hamburg, den 23.10.2000.

Auf Antrag des Abgeordneten Schmidbauer u.a. wird der Deutsche Bundestag am 26.10.2000 über Ziele für die Qualitätssteigerung in der Diabetes-Versorgung beschließen. Für den Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten stellen wir dazu fest, dass die genannten Probleme dringend bearbeitet werden müssen. Daher begrüßt der VDPP diese Initiative.

An der Erarbeitung dieser Ziele müssen aber auch die Apothekerinnen und Apotheker beteiligt werden, da in der Apotheke der regelmäßige Kontakt zum Patienten bei der Abgabe der Medikamente und der zugehörigen Hilfsmittel besteht. Damit sind die Apothekerinnen und Apotheker an einer wichtigen Schnittstelle und können durch Beratung zu Wechselwirkungen, Spätfolgen etc wesentlich zur Erhöhung der Compliance der Diabetiker beitragen.

Es existieren bereits Initiativen in der Apothekerschaft, die sich mit der Verbesserung der Diabetikerbetreuung in der Apotheke beschäftigen. So gibt es ein gemeinsames von der Bundesapothekerkammer, der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft und der Deutschen Diabetes-Union verabschiedetes Statement zur Pharmazeutischen Betreuung.

Der VDPP empfiehlt daher dringend, auch die pharmazeutische Kompetenz für die Erarbeitung der Zieldefinition zur Qualitätssteigerung in der Diabetes-Versorgung zu nutzen. Dies kann nur im Sinne von Millionen Diabetikern sein.

Dr. rer. nat. Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) zur angekündigten VertriebsEinstellung von Mifegyne

Berlin, den 14.11.2000

Wegen zu geringer Verkaufszahlen will die Firma Femagen den Vertrieb von Mifegyne zum Jahresende einstellen. Diese Entwicklung kommt keinesfalls überraschend! Weil der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch den durchführenden Ärzten nicht kostendeckend vergütet wird, wird diese Methode nur von wenigen Praxen angeboten. Durch die geringe Nachfrage, ist der aus Sicherheitsgründen über eine Änderung zum AMG geschaffene Sondervertriebsweg für die Firma unrentabel. Beide Probleme sind seit der hart und mühsam erstrittenen Einführung von Mifegyne den Entscheidungsträgern bekannt.

Wir können und wollen nicht akzeptieren, dass aus politischen und finanziellen Gründen den Frauen und Ärzten die Wahlmöglichkeit genommen wird.

Es ist uns unverständlich, dass gerade diejenigen, die die Einführung dieser weiteren Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs miterkämpft haben und in der Regierung in entscheidender Position sitzen, heute scheinbar müde und ermattet dabei zu sehen, wie ihr einstiger Erfolg (und gleichzeitig Einlösung eines Wahlversprechens) zunichte gemacht wird.

Wir fordern, die Kostenvergütung für die Methode des medikamentösen Abbruchs anzuheben. Gleichzeitig sehen wir keine Begründung für einen Sondervertriebsweg. Der Si-

cherheitsaspekt für Mifegyne ist aus unserer Sicht nicht höher zu bewerten als z.B. bei der Abgabe von Leponex oder von Betäubungsmitteln. Ganz im Gegenteil wird durch die gewählte Form des Vertriebs den Apothekern die Möglichkeit zur Beratung genommen. Gerade aber beim medikamentösen Abbruch, der sich in der Regel über mehrere Tage erstreckt, ist der Beratungsbedarf hoch.

Mitte letzter Woche wurde der Antrag der FDP zur Abschaffung des Sondervertriebsweges für Mifegyne in die Ausschüsse verwiesen. Wir fordern, dass dort mit Nachdruck daran gearbeitet wird, die Bedingungen dahingehend zu verändern, dass der Vertrieb von Mifegyne langfristig gesichert wird.

Katja Lorenz, für den VdPP

Besuch in der PharmaXie, der EXPO-Apotheke

von Dorothea Hofferberth

Von außen sieht die Apotheke wie ein großes Schiff mit Bullaugen aus, ein breites Tor lädt zum Eintritt ein.

Die Apotheke ist durchgängig in hellen, warmen braun-gelb-orangefarbenen Tönen gestaltet, keine scharfen Kanten sind zu sehen, alles ist gerundet. Überall ist dezente Musik zu hören, ein leichter Duft ist im Raum zu bemerken. Düfte, Farben, Formen, Musik, alle unsere Sinne sollen angesprochen werden. Die Mitarbeiter tragen eine Berufskleidung in dezentem Beige-Ton, sehr sportlich, aus vielen Einzelteilen kombinierbar.

Es gibt sieben völlig identische HV-Tische mit gleicher Sichtwahl, jeder hat einen Computeranschluss mit verschiedenen Datenbanken und Online-Internetzugang. Wir finden, dass der Einfluss der Sponsoren in der Gestaltung der Sichtwahl überdeutlich zu erkennen ist. Die Auswahl der einzelnen Arzneimittel ist eher verwirrend, eine Blockbildung oder Anordnung nach Indikationen ist nicht erkennbar. Ein abgeschlossenes nur wenige qm großes Labor mit High-Tech-Geräten findet sich an der hinteren Wand der Offizin.

Positiv beurteilen wir das Vorhandensein einer Zentralkasse, der Umgang mit Geld entfällt an den einzelnen HV-Tischen.

In der Mitte der Offizin sind verschiedene Beratungsplätze, die hier Competence-Center heißen. Auch hier ist der Einfluss der Sponsoren (die übrigens an der Außenwand der Apotheke alle aufgezählt sind) unübersehbar.

Dienstleistungen, wie Messung von Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin, Beratung zur Nicotinentwöhnung, Hautdiagnose in der Kosmetik, Ernährungsberatung, Empfehlungen zur Zahnhygiene, Körper- und Babypflege werden angeboten, teilweise direkt von Mitarbeitern der Pharmazeutischen Industrie.

Im ersten Stock befindet sich das Vitalitätscenter, dem Gedanken folgend: Weg vom kranken Patienten hin zum leistungsbewussten Gesunden. Hier dreht sich alles um den Gesunden, der nach Vitalität und power strebt, ohne den Genuss dabei zu vernachlässigen, getreu dem Motto: Gesundheit soll Spaß machen. Mit Sauerstoffbar, Massageliege, Wellness-Musik, einem umfangreichen Screening bis hin zum Cardioscan sollen Krankheiten gar nicht erst entstehen können. Ein Meditationsraum mit Wasserquell, warmem Licht, leiser Musik lädt in Nischen zum Verweilen und Entspannen ein.

Beeindruckt hat uns die erkennbare Identifizierung der Mitarbeiter mit den Marketing-Gedanken der beiden Betreiber Frau Nelskamp und Herrn Iskenius. Vor Eröffnung der Apotheke nahmen alle an einem vierzehntägigen Intensivsemi-

nar in einem Tagungshaus teil. Von morgens bis in die Nacht wurde von den beteiligten Pharma-Firmen Fachwissen angeboten, Motivation wurde vermittelt, Aggressions- und Stressabbau wurde geübt, Persönlichkeitsbildung und Selbstwahrnehmung wurden trainiert.

Immerhin hat es die Apotheke geschafft, in gut einem Monat das QMS-Zertifikat der Apothekerkammer Niedersachsen zu erhalten. Die Mitarbeiter werden nach Tarif bezahlt, sie arbeiten im Schichtdienst, die Apotheke ist an sieben Tagen in der Woche von 8-23 Uhr geöffnet.

Die Initiatoren wollen zeigen, dass sich die Apotheke der Zukunft von einer „Arzneiabgabestelle“ zu einem Wellness-Tempel entwickelt, in dem die Kranken noch eine Möglichkeit haben, ihr Rezept einzulösen und eine gute Beratung bekommen, in erster Linie sollen aber die Gesundheitsbewussten gelockt werden, ihnen soll Lust auf Gesundheit vermittelt werden. Ganzheitliche Pharmazie ist das Schlagwort.

Die Apotheke soll zu einem Ort der Sinnlichkeit werden, ein Blumenstrauß bunter Ideen wird angeboten und ein jeder / eine jede pflückt sich die Blume, die er / sie mag. Das Thema Wellness nimmt einen großen Raum in dieser Apotheke ein: mir soll es gut gehen, ich lasse es mir gut gehen, ich will mich wohlfühlen, ich tue etwas für meinen Körper und meine Seele. Ist dies der neue Zeitgeist in den Apotheken?

Welche Möglichkeiten hat jeder / jede sich diese Wünsche zu erfüllen? Wie viel Geld kann für Gesundheit, Wellness der / die Einzelne ausgeben? Können wir uns alle diesen Luxus leisten? Was heißt das für unsere Umwelt? Wollen wir die Erlebnisapotheke mit Düften, Musik, Wellness-Angeboten, Entspannungsliegen, Yoga- und Tai-Chi-Kursen?

Wollen wir die Gesundheitsbewussten in die Apotheke locken, den Kranken nur noch einen kleinen Platz anweisen? Was sagen die VDPP-Mitglieder zu solch einem Szenario?

P.S.: Etwas Pikantes zum Abschluss: die PharmaXie hat auf gut Deutsch Pleite gemacht, die Initiatoren sind hoch verschuldet und bitten um Spenden aus der Apothekerschaft. Wie alle EXPO-Betreiber gingen auch die beiden Apotheker von zu hohen Besucherzahlen aus.

Frage: Ob sie ihren Gewinn auch mit uns geteilt hätten?

Innovation im Arzneimittelmarkt

J. Klauber, H. Schröder, G. W. Selke (Hrsg.): Springer Verlag, Mai 2000, XVIII, 254 S., 98,- DM, ISBN 3-540-67706-2

Mit Beiträgen von: Jürgen Bausch, Manfred Erbsland, Liselotte von Ferber, Uwe Fricke, Ingeborg Geisler, Claudia A. Habl, Wolfgang Hartmann-Besche, Wolfgang Kaesbach, Angelika Kiewel, Ingrid Köster, Donald Macarthur, Frank W. Münnich, Klaus Quiring, Ingrid Rosian, Birger Rostalski, Norbert Schleert, Sebastian Schneeweiß, Helmut Schröder, Ingrid Schuber, Gisbert W. Selke, Volker Ulrich, Sabine Vogler, Eberhard Wille.

Mir flattert gerade ein sehr interessantes Buch auf den Tisch, das ich euch ans Herz legen möchte: *Innovation im Arzneimittelmarkt*.

Aus dem Vorwort: Innovationen im Arzneimittelbereich sind notwendig. Unterschiedliche Interessen (Industrie, Ärzte, Krankenkassen, Politik, Patienten) bei der Entwicklung von Innovationen programmieren Konflikte: „Es zeigt sich vor allem eine klare ökonomische Konfliktlinie zwischen den Gewinnerwartungen der pharmazeutischen Industrie auf der einen Seite und den Wirtschaftlichkeitsbemühungen der Krankenkassen auf der anderen Seite.“ Innovation kontra Wirtschaftlichkeitsreserven werden derzeit ausgesprochen kontrovers diskutiert. Der vorliegende Reader dient zur Aufbereitung des Themas.

„Die ersten von insgesamt 13 Originalbeiträgen gehen insbesondere der Frage nach, was international unter Innovation im Arzneimittelmarkt verstanden wird und wie sich der jeweilige nationale Umgang im Hinblick auf Finanzierung und Art und Grad der Reglementierung gestaltet. Es finden sich Analysen zu Japan, British Columbia, England, Frankreich, Italien und Deutschland. Die Beiträge im zweiten Teil fokussieren auf die deutsche Diskussion, wobei die unterschiedlichen Perspektiven von Pharmakologen, Epidemiologen, Ökonomen, Ärzten sowie der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Wort kommen.“
Leider werden keine Patienten-/Verbrauchervertreter gefragt.

„Die Beiträge gehen unter anderem den Fragen nach, was innovative Arzneimittel sind, wie die Gewinnerwartungen der pharmazeutischen Industrie aussehen, wie die Ärzte die optimale Arzneimittelversorgung unter Budgetdruck sicherstellen und wie die Gesetzliche Krankenversicherung den zukünftigen Finanzierungsherausforderungen durch neuartige Arzneimittel begegnen kann.“

... Wir hoffen, mit diesem Buch einen Beitrag zur Versachlichung der Thematik zu leisten und dass dieser Reader bei allen Marktbeteiligten im Gesundheitswesen auf ein breites Interesse stoßen wird“.

Vielleicht interessiert sich der ein oder die andere für das Buch und möchte es für uns alle intensiver aufbereiten.

Protokoll der Mitgliederversammlung im Gesundheitszentrum Riedstadt, 8. und 9. April 2000

Begrüßung durch Wolfgang Richter, Apotheke im Gesundheitszentrum Riedstadt

TOP 1 Wahl der Versammlungsleitung und der/des Protokollantin/ten:

Wahl der Versammlungsleitung: Dorothea Hofferberth, einstimmig. Wahl des Protokollanten: Udo Puteanus, einstimmig.

TOP 2 Bestätigung der Tagesordnung
Keine Änderung

TOP 3 Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung:

S. 28 des Rundbriefes Nr. 49, linke Spalte unten: streichen: „letztes Jahr“, stattdessen „dieses Jahr“ (= 1999).
Außerdem: Rechte Spalte oben: Das Layout „wird“ statt „wurde“.

Das geänderte Protokoll wird einstimmig genehmigt.

**Schwerpunktthema der Mitgliederversammlung:
Vernetzungen im Gesundheitswesen**

Michael Höckel gibt eine Übersicht über die gesetzlichen Grundlagen im Sozialgesetzbuch V. Sie beziehen sich in erster Linie auf die Ärzte. Andere Heilberufe werden kaum erwähnt und wenn, dann meist nur indirekt. Der entsprechende Gesetzestext wird im nächsten Rundbrief nochmals abgedruckt.

Andere Leistungserbringer – nicht nur die Ärzte – können dennoch in die Netze einbezogen werden, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Eine wichtige Voraussetzung ist die Zustimmung der Spitzenverbände von Ärzten und Krankenkassen bis zum 30. Juni 2000.

Versicherte erhalten einen Bonus, wenn sie mindestens ein Jahr nur Ärzte des Netzwerkes konsultierten und für sich damit die freie Arztwahl einschränken lassen.

Die Ärzte des Gesundheitszentrums Riedstadt haben bereits vor der neuen Gesetzeslage zusammen mit andere Ärzten der Region ein Netzwerk als Modellprojekt gebildet. Es erhielt eine Anschubfinanzierung vom Verband der Angestelltenversicherung (VdAK). Ziele und Maßnahmen entsprachen denen, wie sie im neuen Gesetz (Gesundheitsreform 2000) gefordert werden. Auch die Apotheke im Gesundheitszentrum Riedstadt konnte durch Eigeninitiative und zusammen mit den anderen Apotheken des Netzwerk-Bezirks teilweise in die vernetzte Struktur einbezogen werden.

Wolfgang Richter berichtet über das Netzwerk Riedstadt und die Schwierigkeiten bei der Einbindung der Apotheke. Die Diskussion ergibt eine kritische Bewertung der Möglichkeiten von Apotheken, in Netzwerken zum Wohle der

Patienten und finanziell gesichert tätig zu werden. Der Wille der Ärzte zur Zusammenarbeit ist nur bedingt vorhanden, so dass die Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten der Apotheke begrenzt sind.

Die Evaluation des gesamten Modellprojektes ergab unter Einrechnung der Anschubfinanzierung einen gewissen Einspareffekt. Die Versorgung der Patienten konnte in einigen Bereichen verbessert werden (z. B. Schmerztherapie, Diabetestherapie, Verzicht auf einige "umstrittene Arzneimittel"). Es bleibt abzuwarten, ob die erzielten Verbesserungen über die Modellphase hinaus bestehen bleiben.

TOP 4 Rechenschaftsbericht des Vorstands durch Katja Lorenz

Katja Lorenz verwies auf die verkürzte Amtszeit des Vorstands. Trotzdem fanden vier Vorstandssitzungen statt, konnten zwei Rundbriefe fertiggestellt und ein Seminar (Herbstseminar) durchgeführt werden.

Der Vorstand beendete die Arbeiten am neuen VDPP-Programm, der Rundbrief bekam ein neues Layout, die Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV) konnte intensiviert werden. Als Anstoß dazu diente das Herbstseminar, auf dem auch Thomas Isenburg von der AgV einen Vortrag hielt.

Ein Frauenseminar findet dieses Jahr nicht statt. Die Ausstellung "100 Jahre Frauen-Pharmaziestudium", erstellt von Frauen des VDPP und gezeigt auf dem Apothekertag in Leipzig, war und ist ein voller Erfolg. Sie soll demnächst an anderen Standorten gezeigt werden. Neben der Ausstellung organisierte der Vorstand an einem Abend des Apothekertages ein Treffen zum Thema.

Als weiteres Projekt konnte in Zusammenarbeit mit dem FFGZ Berlin ein Foyer "Umgang mit den Wechseljahren" erarbeitet werden. Er enthält einen Fragebogen und soll u. a. in Apotheken ausgelegt werden.

Der VDPP-Rundbrief erhielt ein neues Layout und bekam viel Zuspruch und nur wenig Kritik. Er wurde insgesamt mit gut beurteilt. Der nächste Rundbrief richtet sich speziell an Fachschaften, um auf die Aktivitäten des Vereins aufmerksam zu machen. Es ist eine Meinungsumfrage zum Rundbrief angedacht.

Das neue Programm des VDPP liegt jetzt vor. Es wird allen Mitgliedern mit dem nächsten Rundbrief übersandt.

Die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins ist ein Dauerbrenner auf den Vorstandssitzungen. Thomas Schulz hat sich verstärkt diesem Bereich gewidmet. Christiane Hefendehl musste sich aus zeitlichen Gründen etwas zurücknehmen. Neben Zeitungsartikeln in der Tages- und Fachpresse konnte Thomas Schulz an Anhörungen zur Gesundheitsreform und zur 10. AMG-Novelle teilnehmen und die Position des VDPP vertreten. Es kam zudem zu einem regelmäßigen Austausch mit befreundeten Verbänden. Das vorher festgelegte Ziel einer Aktivierung der Regionalgruppen ist nicht gelungen. Auch die Zusammenarbeit mit

den Fachschaften ist nur mäßig. Gut ist allerdings der Kontakt zum Bundesverband des Pharmaziestudierenden.

Der VDPP wird mit einem Informationsstand am Gesundheitstag in Berlin im Juni 2000 teilnehmen. Die bisherige Organisation des Gesundheitstages zeichnete sich durch viel organisatorisches Chaos aus. Dies war ein Grund, warum der VDPP nicht intensiver am Veranstaltungsprogramm beteiligt ist.

VDPP-Homepage: Der Vorstand erstellt eine Wunschliste für die Homepage und entscheidet sich für einen Anbieter. Ein erster Entwurf der neuen Homepage konnte vorgestellt werden. Die Pflege der Seite muss vom VDPP erledigt werden (s. u.).



Zur Kommunikation innerhalb des Vereins und des Vorstands: Inzwischen ist die Email-Vernetzung innerhalb des Vorstands weitgehend und innerhalb des Vereins teilweise gelungen. Die Kurzinformation "VDPP-aktuell" per Email wird den angeschlossenen Mitgliedern unregelmäßig zur Verfügung gestellt. Damit soll aber kein Ersatz für den Rundbrief angestrebt werden. Alle wesentlichen Informationen werden weiterhin im Rundbrief erscheinen.

Der Vorstand stellt fest: Insgesamt konnte die Arbeit effektiver und schneller gestaltet werden.

Nächstes Jahr Vorstandswahl. Es zeichnet sich ab, dass die meisten alten Mitglieder nicht mehr kandidieren werden. Im nächsten Rundbrief soll das damit verbundene Problem dargestellt werden, um die verbesserte Arbeit fortführen zu können.

Dank an Gudrun Meiburg und die Redaktions-Mitglieder Jürgen Große und Thomas Hammer. Drei Leute sind ausgetreten. Zwei Neueintritte sind zu verzeichnen. Aktueller Stand: 128 Mitglieder. Die bislang an-

genommene Mitgliederzahl musste nach Durchsicht der Kartei nach unten korrigiert werden.

Der Rechenschaftsbericht wird von der Mitgliederversammlung zur Kenntnis genommen.

TOP 5 Kassenbericht

Udo Ament präsentiert den Kassenbericht. Die verstärkte Vorstandsarbeit hat auch mehr finanzielle Ausgaben verursacht. Folge: es muss in Zukunft soweit es geht gespart werden. Auch die Austritte reduzieren die Einnahmen empfindlich.

Diskussion: Wieviel kann in Zukunft ausgegeben werden? Lebt der Verein zur Zeit über seine Verhältnisse? Ergebnis offen. Es ist notwendig, Mitgliederwerbung zu betreiben.

Prüfung des Kassenberichts durch die Kassenprüfer Bernd Rehberg und Gudrun Hahn: Dem Kassenführer Udo Ament wird vorbildliche Kassenführung bescheinigt, daher Entlastung des Kassenführers

TOP 6 VDPP-Programm

Präsentation. Die neuen Programme stehen in der Geschäftsstelle zur Verfügung und können dort abgerufen werden. Mit dem nächsten Rundbrief erhalten alle Mitglieder ein Exemplar. Der Umschlag des Programms wurde von Reinhold Weber entworfen.

TOP 7 Verbesserung der Kommunikation innerhalb des Vereins.

Thomas Schulz berichtet: VDPP aktuell per Email. Thomas produzierte bislang zwei Ausgaben und erhielt dafür positive Kritik. Links werden gern angenommen. Die Link-Möglichkeiten sollten auch dafür genutzt werden, auf den VDPP und seine Homepage aufmerksam zu machen und die erarbeiteten Stellungnahmen unter's Volk zu bringen.

Rundbrief: Die MV diskutiert über die Erscheinungshäufigkeit des Rundbriefes und den Redaktionsschluss. Beschlussen wird: Der Rundbrief erscheint viermal im Jahr. Es ist wichtig, den Redaktionsschluss zum Quartalsende einzuhalten.

TOP 8 Internetpräsentation des VDPP

Thomas Schulz präsentiert ein Angebot für eine Verbesserung der Homepage. Erwartete Kosten: 2.500,- bis 3.000,- DM. Ziel ist die 14-tägige Überarbeitung der Homepage durch den Vorstand. Diskussion: Sollte nur einer oder sollten mehrere die Homepage pflegen? Mehrheit: Mehrere sollten unter geordneten Verhältnissen für das Pflegen verantwortlich sein, um nicht von einer Person abhängig zu werden.

Für die Gestaltung der Homepage und für die notwendigen Schulungen des Vorstands werden 3.000,- DM für den Finanzplan zur Verfügung gestellt. Auf der nächsten MV wird über den Erfolg berichtet. Der Vorstand wird beauftragt, unter sich einen Modus zu finden, dass die Homepage vom Vorstand aus gepflegt wird. So beschlossen mit einer Enthaltung.

TOP 9 Verbindung zu den Fachschaften

Michael Höckel hat Kontakt mit den Fachschaften aufgebaut und diskutiert mit ihnen die Ausbildungsordnung. Im Herbst wird der Kontakt bei einer Tagung intensiviert. Unterstützung erhält er von Isabella Sulger.

TOP 10 Zusammenarbeit mit den Verbraucherverbänden, speziell mit der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV)

Treffen im Januar 2000 in Hannover. Dorothea Hofferberth, Bernd Rehberg und Jürgen Große trafen Thomas Isenberg. Die AgV lässt Rechtsanwälte die von Vereinsmitgliedern erkannten Problemfelder prüfen. Meldungen über Produkte, bei denen die Verbraucher Geld einsparen können, werden von den Verbraucherverbänden gern gesehen. Presseerklärungen u.ä. wären im Prinzip einfach zu machen, ist die Aussage von Isenberg. Es wird eine Email-Vernetzung beschlossen.

Udo Puteanus berichtet über seine Kontakte und Bemühungen mit der VZ NRW und appelliert an die Mitglieder, keine kurzfristigen Erfolge zu erwarten.

Die bereits bestehende Email-Liste wird nochmals überarbeitet. Die VDPP-Mitglieder werden bei Auftreten obskurer pharmazeutischer und ähnlicher Mittel gebeten, Informationen über die Präparate soweit wie möglich zusammenzustellen und Udo Puteanus zur weiteren Verarbeitung zur Verfügung zu stellen. Von dort geht die Information an interessierte Verbraucher-Zentralen, bei Politik an AgV.

TOP 11 Diskussion künftiger Arbeitsschwerpunkte.

Frauenseminar 2000/2001: Eigentlich sollte ein Rhetorikseminar für Frauen stattfinden. Die Vorbereitung konnte aufgrund Überlastung nicht durchgeführt werden. Außerdem war das Angebot nicht preisgünstig genug. Eine Alternative konnte für das Jahr 2000 nicht mehr verwirklicht werden. Für den Mai des Jahres 2001 soll aber ein Seminar vorbereitet werden. Dorothea Hofferberth hält Kontakt mit Evelyn Seibert. Im Rundbrief erscheint eine entsprechende Notiz.

Herbstseminar: Von Michael Höckel kommt der Vorschlag, das Thema Rationierung zu übernehmen. Isabella stellte für die Teilnehmer der MV 2000 einen Artikel aus DER ZEIT zur Verfügung. Isabella Sulger möchte das Seminar gern mit einem anderen Vereinskollegen vorbereiten. Der Vorschlag wird zurückgestellt.

Alternativthema: Organisierter gemeinsamer Ausflug zur Expo 2000 in Hannover. Die Anwesenden interessieren sich für die Themen: Arzneimittlexport in die 3. Welt, Globalisierung der Märkte, Zukunft der Arbeit, Apotheke auf der Expo (Apotheke des Apothekers Iskenius). Eine Halle auf der Expo widmet sich dem Thema Gesundheit. Mit der BUKO-Pharmakampagne soll wenn möglich Kontakt hergestellt werden.

Der zweite Vorschlag (Besuch bei der Expo) wird befürwortet: Gemeinsamer Besuch der Expo und der dortigen Apotheke. Dorothea Hofferberth bemüht sich um einen Besichtigungstermin in der Apotheke. Als Termin für den Besuch der Expo wird 16. und 17. September präferiert, alternativ 14./15. Oktober 2000. Bei zwei Enthaltungen wird der Vor-



schlag angenommen.

Gesundheitstag 2000: Vom 31. Mai bis 4. Juni findet der Gesundheitstag in Berlin statt. Der VDPP wird sich in der Infobörse darstellen. Dazu muss ein Plakat erstellt werden. Thomas Schulz kann das Poster, wenn es fertig konzipiert ist, ausdrucken lassen. Isabella Sulger macht den Vorschlag, die Frauenausstellung zu zeigen. Der Vorschlag wird verworfen, weil die Organisation zu kompliziert wird und daher nicht geleistet werden kann. Im Rundbrief soll berichtet und für die Posterbetreuung geworben werden. Michael Höckel kümmert sich um einen Entwurf des Posters. Grundlage ist das VDPP-Programm.

Deutscher Apothekertag 2000 in Köln (September 2000).

Am 18.6. findet das nächste Treffen des Forum-Leipzig zur Vorbereitung des Apothekertages (Anträge) in Kassel statt. Das Motto des Apothekertages ist derzeit noch nicht bekannt.

Es wird überlegt, inwieweit die Skandale der letzten Zeit innerhalb der Apothekerschaft zum Thema gemacht werden können. Diese Idee wird später verworfen.

Apotheken in Netzwerken: Es wird die Idee verfolgt, die Einbindung der Apotheke in Netzwerke (vernetzte Praxen) zum Thema eines Antrags zu machen (ABDA fordert: Es darf nicht dazu kommen, dass einzelne Apotheken zu Hoflieferanten von vernetzten Praxen werden.). Bernd Rehberg versucht, einen Antrag dazu zu formulieren und mailt ihn den anderen Mitgliedern zu.

Krankenhauspharmazie und die Zusammenarbeit mit öffentlichen Apotheken mit dem Ziel einer konstruktiven Zusammenarbeit. Michael Höckel kümmert sich darum. Qualitätsmanagement: Auch zum Thema Qualitätsmanagement ist etwas angedacht, was in Zusammenarbeit mit dem Forum Leipzig diskutiert werden soll.

Krankenhausversorgende Apotheken: Diskussion über einen Antrag von Franz Kirchner: Er plant einen Antrag, krankenhausversorgende Apotheken grundsätzlich in Frage zu stellen (geschickt an die Hessischen Delegierten). Thomas Schulz regt an, der VDPP möge sich grundsätzlich öffentlich dazu äußern, wie die Arzneimittelversorgung im Krankenhaus optimiert werden kann. Thomas Schulz wird das Thema für eine nächste Vorstandssitzung vorbereiten.

Mitgliederversammlung 2001: 16./17. Juni 2001 im Raum Münsterland. Jugendgästehaus wird bevorzugt. Hauptthema: Vorstandswahl und evtl. Krankenhausversorgung

TOP 12 Anträge

Projektgelder: Frauenpharmazie-Ausstellung: Antrag von Udo Ament: Der VDPP stellt für die Ausstellung zum Thema "100 Jahre Frauen-Pharmaziestudium" weitere DM 1.100,- bereit, so dass zusammen mit den schon früher bewilligten Geldern ein Gesamtbetrag von 7.600,- für dieses Projekt zur Verfügung steht. Einstimmig beschlossen. Weiterer Antrag zur Frauenausstellung: "Der VDPP übernimmt die Vorfinanzierung für die Copyrightkosten der Frauenausstellung für die nächsten zwei Jahre." Einstimmig beschlossen.

Antrag: „Der VDPP stellt für das bereits realisierte Buchprojekt 'Wechselwirkungen' weitere DM 700,- bereit, so dass mit den schon früher bewilligten Geldern ein Gesamtbetrag von 4700,- für dieses Projekt zur Verfügung steht.“ Einstimmig beschlossen.

TOP 13 Finanzplan

Homepage: 3.000,- DM müssen eingeplant werden. Sie werden im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit verbucht. Der Posten „Ausgaben für Seminare“ soll halbiert werden, da in den letzten Jahren geringere Beträge benötigt wurden. Beim Posten Spenden soll gespart werden. Posten Projekte: Broschüre „Wechseljahre“. Bezeichnungsänderung des Postens. Es soll nicht heißen „Hormonstudie“. Für dieses Projekt werden 2.200 veranschlagt. Ausstellung: Ausgaben 1.300,- DM Copyrightkosten, auch unter Einnahmen sollen 1.300,- verbucht werden. Öffentlichkeitsarbeit: Im letzten Jahr wurden 10.000,- DM veranschlagt, aber nur 500,- ausgegeben. Für das Jahr 2000 werden deshalb 5.000,- DM im Finanzplan vorgesehen. 3.000,- DM werden innerhalb des Betrages für die Erstellung der Homepage vorgesehen. VDPP-Programm: Es werden 1.000,- vorgesehen. Mitgliederversammlung: 800,- Seminare 1.500,- Die Änderungen werden einstimmig angenommen.

TOP 14 Verschiedenes

Umweltpotheke: Thomas Schulz berichtet. Apotheker ohne Grenzen: Regina Schumann berichtet. Der Vorstand und Regina Schumann kümmern sich um einen Kontakt. Der in der PZ erschienene Artikel soll im Rundbrief nachgedruckt werden. Ökobank: Es wird beschlossen, dass der Vorstand entscheiden kann, ob Geld des VDPP bei der Ökobank verbleibt.

Ende der Mitgliederversammlung.

VORR FINANZBERICHT 1999

TEIL 1): VERGLEICH MIT VORJAHR (DEM)

16.03.2000

	1999 DEM	1998 DEM	Index (1998 = 100)
Einnahmen:			
Beiträge	22 927.50	22 797.50	100.6
Spenden	1 060.10	38.30	2 767.9
Zinsen	163.56	257.38	63.5
Verkauf Rundbrief (Abos)	240.00	300.00	80.0
Summe Einnahmen	24 391.16	23 393.18	104.3

Ausgaben:

Mitgliederversammlung	3 105.56	1 095.00	283.6
Seminare	1 683.25	4 073.17	41.3
davon Frauenseminar	1 689.70	1 508.68	
Herbstseminar	6.45-	2 564.49	
Projekte:	12 458.45	0.00	
davon Ausstellung	7 786.20	0.00	
Netzwerk		0.00	
Wechselwirkungen	4 672.25	0.00	
Hormonstudie	0.00		
Spenden	780.00	2 160.00	36.1
Öffentlichkeitsarbeit	0.00	1 150.00	0.0
Vorstand	2 140.30	1 623.00	131.9
Rundbrief	6 888.91	8 069.52	85.4
davon Red. Honorare	1 479.50	1 958.20	(75.5)
Druck	4 137.53	3 307.87	(125.1)
Versand	1 271.83	2 803.25	(45.4)
Geschäftsstelle	8 308.84	6 651.30	120.9
davon Personalkosten	5 847.66	4 896.00	(119.4)
davon Kommunikation:			
Telekom	727.74	954.43	(76.2)
Porto	376.10	135.10	(278.4)
Sonstige Kom.	816.01	590.77	(138.1)
davon allgem. Kosten	544.33	75.00	(725.8)
Regionalgruppen	0.00	0.00	0.0
Verschiedenes	770.90	456.60	155.7
Summe Ausgaben	36 076.21	25 278.59	142.7

Vermögensentwicklung:

Einnahmen 1999	24 391.16
Ausgaben 1999	36 076.21

Defizit	11 685.05
Vermögen 01.01.1999	35 352.94

Vermögen 31.12.1999	23 667.89
=====	

Vermögensaufteilung:

Vermögen 31.12.1999	23 667.89
davon Kasse	225.49
Postgiro	7 985.19
Ökobank Festgeld 1	11 054.35
Ökobank Festgeld 2	5 528.88
Ökobank Anteil	100.00
Rückstellungen	1 226.02-

TEIL 2): VERGLEICH MIT PLAN

	Ist (DEM)	Plan (DEM)	Index (Plan = 100)
Einnahmen:			
Beiträge	22 927.50	24 000.00	95.5
Spenden	1 060.10	550.00	192.7
Zinsen	163.56	270.00	60.6
Verkauf Rundbrief (Abos)	240.00	180.00	133.3
Summe Einnahmen	24 391.16	25 000.00	97.6
Ausgaben:			
Mitgliederversammlung	3 105.56	4 000.00	77.3
Seminare	1 683.25	5 000.00	33.7
Projekte:	12 458.45	12 500.00	(99.7)
davon Ausstellung	7 786.20	6 500.00	119.8
Wechselwirkungen	4 672.25	4 000.00	116.9
Konponstudie	0.00	2 000.00	0.0
Spenden	780.00	2 500.00	31.2
Öffentlichkeitsarbeit	0.00	10 000.00	0.0
Vorstand	2 140.30	1 500.00	142.7
Rundbrief	6 888.91	13 000.00	53.0
davon Red. Honorare	1 479.50	4 900.00	(30.2)
Druck	4 137.53	3 800.00	(108.9)
Versand	1 271.83	1 800.00	(70.7)
Autorenhonorare	0.00	2 500.00	(0.0)
Geschäftsstelle	8 308.84	9 000.00	92.3
davon Personalkosten	5 847.66	7 000.00	(83.9)
davon Kommunikation:			
Telekom	724.74	600.00	(120.8)
Porto	376.10	400.00	(94.0)
Sonstige Kom.	816.01	600.00	(136.0)
davon allgem. Kosten	544.33	400.00	(136.1)
Regionalgruppen	0.00	500.00	0.0
Verschiedenes	710.90	500.00	142.2
Summe Ausgaben	36 076.21	58 500.00	61.7

	Plan 1999		Plan 1998		Ist 1998	
	DEM	EUR	DEM	Index	DEM	Index
Einnahmen:						
Beiträge	24 000.00	12 271.00	27 000.00	88.8	22 797.50	105.3
Spenden	550.00	281.21	490.00	112.2	38.30	1436.0
Zinsen	270.00	138.05	270.00	100.0	257.38	104.9
Verkauf Rundbrief (Abos)	180.00	92.03	240.00	72.7	300.00	133.3
Summe	25 000.00	12 782.30	28 000.00	89.3	23 393.18	106.9
Ausgaben:						
Mitgliederversammlung	4 000.00	2 045.17	2 000.00	200.0	1 095.00	365.3
Seminare	5 000.00	2 556.46	6 000.00	83.3	4 073.17	122.8
Projekte	12 500.00	6 391.15	6 000.00	208.3	0.00	
davon Netzwerk	(0.00)	(0.00)	(1 000.00)	0.0	(0.00)	
Ausstellung	(6 500.00)	(3 323.40)	(1 000.00)	650.0	(0.00)	
Festschrift	(4 000.00)	(2 045.17)	(4 000.00)	100.0	(0.00)	
Hormonstudie	(2 000.00)	(1 022.58)				
Spenden	2 500.00	1 278.23	2 500.00	80.0	2 160.00	92.6
Öffentlichkeitsarbeit	10 000.00	5 112.92	10 000.00	100.0	1 150.00	869.6
Vorstand	1 500.00	766.94	1 500.00	100.0	1 623.40	92.4
Rundbrief	13 000.00	6 646.79	10 000.00	130.0	8 069.52	161.1
davon Red. Honorare	(4 900.00)	(2 505.33)	(2 950.00)	166.1	(1 958.40)	250.2
Druck	(3 800.00)	(1 942.90)	(4 800.00)	79.2	(3 307.87)	114.9
Versand	(1 800.00)	(920.33)	(2 250.00)	80.0	(2 803.25)	64.2
Autoren honorare	(2 500.00)	(1 278.23)	(0.00)		(0.00)	
Geschäftsstelle	9 000.00	4 601.62	8 000.00	112.5	6 651.30	135.3
davon Personalkosten	(7 000.00)	(3 579.04)	(5 200.00)	134.6	(4 896.00)	143.0
Kommunikation:						
Telefon	(600.00)	(306.77)	(1 200.00)	50.0	(953.43)	62.9
Porto	(400.00)	(204.52)	(400.00)	75.0	(135.10)	296.8
Sonstige Kom.	(600.00)	(306.77)	(800.00)	80.0	(590.77)	101.6
Allgem. Kosten	(400.00)	(204.52)	(400.00)	100.0	(75.00)	533.3
Regionalsgruppen	500.00	255.65	500.00	100.0	0.00	
Verschiedenes	500.00	255.65	500.00	100.0	456.00	109.6
Summe:	58 500.00	29 910.58	47 000.00	124.5	25 278.59	231.4

Index 1): Verhältnis der Planzahlen 1999 zu den Planzahlen 1998 (1998 = 100%)
 Index 2): Verhältnis der Planzahlen 1999 zu den Ist-Zahlen 1998 (1998 = 100%)

VDPP

Protokoll der Vorstandssitzung am 5. Juni 2000 in Berlin

Anwesende: Christiane Hefendehl, Michael Höckel, Katja Lorenz, Thomas Schulz, Isabella Sulger, Regina Schumann
ab TOP 13 entschuldigt: Udo Ament

Ort: Ebersstr.60, 10827 Berlin, im Studio für Körperarbeit

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. MV 2001
9. Gesundheitstag 2000
10. Rundbrief, Newsletter
11. Herbstseminar 2000
12. Öffentlichkeitsarbeit
13. Internetpräsentation
14. Verbindung zu den Fachschaften
15. AgV-Arbeitsgruppe, Kontakt und Kommunikation
16. Verschiedenes

Beginn: 10.00 Uhr

TOP 1 Zum Versammlungsleiter wurde Thomas Schulz, zur Protokollantin Katja Lorenz gewählt.

TOP 2 Die Tagesordnung wurde in der vorliegenden Form genehmigt.

TOP 3 Das Protokoll wurde mit geringfügigen Änderungen genehmigt.

TOP 4 Die Beschlüsse der letzten VS-Sitzung wurden weitgehend umgesetzt. Folgendes ist noch zu erledigen:

Die Überarbeitung des alten Presseverteilers scheiterte an der fehlenden Zuarbeit der VS-Mitglieder und steht weiterhin (in der Verantwortung Christianes) an.

TOP 5

Der Verein hat ein neues Mitglied. *Isabella wird zu ihr Kontakt aufnehmen.*

Michael wird veranlassen, dass die frischgedruckten Programme in die Geschäftsstelle geschickt werden, und sich um die Rechnung für die Druckkosten kümmern.

In jedem Fall sind Kostenvoranschläge immer auch an die Geschäftsstelle zu senden, damit die eingehenden Rechnungen verglichen werden können.

Es gab u.a. Post vom GEN-ethischen Netzwerk und der BUKO-Pharmakampagne mit Bitten um Spenden. Wie in anderen Fällen auch, spenden wir wenn, dann nur für konkrete Projekte und nicht allgemein für den Erhalt anderer Vereine.

Abonnenten des RB, die nicht Mitglied im Verein sind, zahlten bisher 60 Mark für 6 Ausgaben pro Jahr, (die wir auch selten erreichten). Mit dem neuen Layout werden nur noch 4 Ausgaben im Jahr erscheinen. Dies ist für 2000 nicht mehr machbar. *Nach Klärung der organisatorischen Probleme, müssen die Abonnenten über die neue Lage informiert werden.*

TOP 6 Kassenbericht

Der Kassenbericht wird als halbjährige Abrechnung im Juli vorgelegt werden.

TOP 7 Bericht aus den Regionen

Berlin: Dort beschäftigte sich die Regionalgruppe mit der Vorbereitung des Gesundheitstages, der Exkursion zum Herbstseminar und dem Internetauftritt des Vereins. Im Februar war Dr. Dreykluft, Sprecher des Praxisnetzes BKK, TK mit Berliner Ärzten, zu Gast. Es ging um eine mögliche Zusammenarbeit. (Bericht siehe RB und vdpp-aktuell) Hamburg: Man trifft sich und bespricht u.a. Anträge zum Apothekertag.

Die Beauftragten der Regionen werden gebeten, wenn möglich, künftig kurz über die Aktivitäten eine Mitteilung für den vdpp-aktuell an Thomas Schulz zu übersenden.

TOP 8 MV 2001

Udo Puteanus hat eine Unterkunft im Jugendgästehaus organisiert. *Zum 1.3.01 muss dort die genaue Teilnehmerzahl gemeldet werden. Die weiteren Details (Einladung...) werden bei der nächsten VS-Sitzung organisiert.*

TOP 9 Gesundheitstag

Isabella und Christiane besuchten verschiedene Veranstaltungen und berichten. Isabella hat darüber hinaus den Verein im Gesundheitsparlament vertreten. Der Gesundheitstag war schlecht besucht, die Organisation an 3 Orten sehr ungünstig. Im Programm gab es viele Ausfälle und Veränderungen, die zudem zu spät bekannt wurden.

Die Posterausstellung – in der auch unser Poster hing – war an unpraktischer, da wenig besuchter Stelle platziert worden.

Die Bearbeitung der „Berliner Charta für ein soziales Gesundheitswesen“ durch das Gesundheitsparlament lief chaotisch bis undemokratisch. Für den Entwurf waren angeblich 1400 NGO angeschrieben worden. Warum wir nicht? Die Zusammensetzung des Parlaments änderte sich immerzu, Fragen nach der Legitimierung dieser Runde stellten sich.

Isabella wird eine Auswertung dieser Tage für den VDPP an die Koordinatoren und die Pressestelle des Gesundheitstages schicken und eine Information für den RB 52 schreiben.

TOP 10 Rundbrief, Newsletter

Vom Redaktionskollegium ist niemand zur VS-Sitzung erschienen. In folge dessen sind wir ohne aktuelle Information, warum der RB 51 noch immer nicht erschienen ist. Während der Sitzung ist niemand erreichbar. *Christiane wird Jürgen kontaktieren und den VS sofort informieren. Gegebenenfalls muss der VS die Erarbeitung des RB kurzfristig anders organisieren.*

Der RB ist – neben dem vdpp-aktuell – die Informationsmöglichkeit für unsere Mitglieder und unser einziges Werbemittel für Nicht-Mitglieder. Darüber hinaus hat die letzte MV beschlossen, dass der RB viermal im Jahr erscheint und für die Ausgaben ein fester Redaktionsschluss, jeweils zum Quartalsende besteht. Der Redaktionsschluss für die Ausgabe 52 ist demnach der 30.06. *Daran werden wir festhalten. Die Meinungsumfrage zum neuen Layout wird auf RB 53 verschoben.*

Der Newsletter vdpp-aktuell ist überaus erfolgreich. Es gibt viele positive Reaktionen! Besonderer Dank geht dafür an Thomas Schulz.

TOP 11 Herbstseminar

Das HS findet am 16./17.9. als Exkursion zur EXPO statt. Dabei geht es uns um eine kritische Sicht auf diese Ausstellung. *Die Einladung wird durch die Regionalgruppe Berlin in Zusammenarbeit mit Dorothea Hofferbert erstellt.* Am Samstag findet der Besuch der Ausstellung statt. Am Sonntag gibt es einen Brunch mit Zukunftswerkstatt (oder umgekehrt!) in Hameln.

TOP 12 Öffentlichkeitsarbeit

Der VS ist noch damit beschäftigt alle Mitglieder anzurufen (Beschluss aus der letzten VS-Sitzung), um die E-Mail-Adressen zu erfragen, aber auch, um über aktuelle Aktivitäten des Vereins zu informieren und um ins Gespräch zu kommen. Bisher ist die Aktion überwiegend erfolgreich, (wenn auch extrem arbeitsaufwendig). Nicht zuletzt dient das Ganze auch der Aktualisierung der Daten.

Vom Infoblatt zu den Wechseljahren sind noch etliche Exemplare erhältlich. Der Rücklauf ist bisher mäßig und lässt eine statistische Auswertung nicht zu. (Die Aktion läuft noch bis 31.8.00.)

TOP 13 Internetpräsentation

Von Susanne Jäger, die unsere Homepage aufbaut, liegt ein ausführlicher Fragenkatalog zu Bearbeitung vor. Es werden eine Reihe organisatorischer und inhaltlicher Entscheidungen getroffen. Dazu gehört, dass der Verein den Provider wechseln wird. *Christiane gibt alles an Susanne weiter. Susanne wird einen Kostenvoranschlag für andere Provider einholen. Die Entscheidung wird nach Rücksprache mit Udo Ament (wegen der Finanzen) getroffen.*

Die VS-Mitglieder übersenden Christiane Stellungnahmen und andere Verlautbarungen des Vereins, damit diese ins Internet gestellt werden können.

Es wird angestrebt, dass alle Regionalbeauftragten auch über E-Mail erreichbar sind.

TOP 14 Fachschaften

Wenn die Homepage steht, werden die Fachschaften im einzelnen darauf aufmerksam gemacht. Der nächste RB wird - wie geplant - mit einem Extraanschreiben für die Fachschaften verschickt.

Im Herbst gibt es einen Kongress des BPhD. *Michael wird teilnehmen. (s. Protokoll der letzten VS-Sitzung).*

TOP 15 AgV-Arbeitsgruppe, Kontakte, Kommunikation

Katja hat die prä-AgV-mailing-list erstellt. Wünsche, um Neuaufnahme gehen ebenfalls an sie.

Die Liste wird von ihr entsprechend aktualisiert und auch in den RB veröffentlicht.

Am 18.6. findet das nächste Treffen vom Forum Leipzig in Kassel statt. *Michael wird teilnehmen.*

TOP 16 Verschiedenes

Die nächste VS-Sitzung ist am 21./22.10. in Göttingen.

VDPP-AKTUELL 6/2000

Nachrichten des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten vom 26. 10. 2000

Liebe Vereinsmitglieder, liebe Interessierte,
die gute Nachricht ganz am Anfang: Der VDPP existiert (noch)!

Am heutigen Donnerstag wurde unsere neu gestaltete Website (<http://www.vdpp.de>) freigestaltet, schaut doch mal rein! Kommentare sind sehr erwünscht! Der Rundbrief ist noch nicht in der Web-Site eingestellt: Die Redaktion um Jürgen Grosse (redaktion@vdpp.de) arbeitet am RB 52. Aller Voraussicht erscheint diese Ausgabe gegen Ende November. Der Vorstand tagte am vergangenen Wochenende in Göttingen und hatte ein interessantes Arbeitsprogramm. Einige der Entscheidungen können wir Euch schon heute mitteilen: Der VDPP-Aktuell wird überarbeitet und soll mehr Transparenz in das Vereinsgeschehen bringen. Die aktuellen Projekte sollen Euch frühzeitig mitgeteilt werden, damit wir auch Euer Unterstützung und Kommentare einbeziehen können. Dies wird unter VDPP-intern erscheinen.

VDPP-INTERN

Es soll eine Stellungnahme zum Vertriebsstopp von Mifegyne erarbeitet werden. – Koordinatorin: Katja Lorenz-k-lorenz@foni.net – die im Laufe der nächsten Wochen erscheinen soll.

Die Problematik der Internetapotheken muß im VDPP diskutiert werden. In diesem Jahr soll eine erste Stellungnahme zu dieser Problematik erarbeitet werden (Koordinatorin: Christiane Hefendehl - Christiane.Hefendehl@t-online.de). Weiterhin wurde dazu ein Meinungsaustausch im Rahmen der nächsten MV in Münster angeregt, wobei die Thematik sich schnell entwickelt und natürlich kontinuierlich verfolgt werden soll. Die nächste Mitgliederversammlung wird am 16./17. Juni 2001 in Münster stattfinden. Aus organisatorischen Gründen muss die Anmeldung für günstige Übernachtungsmöglichkeiten schon im März 2001 erfolgen. Bitte merkt Euch schon einmal den Termin vor! Eine schriftliche Einladung wird rechtzeitig verschickt.

Die nächste Vorstandssitzung wird am 20./21. Januar 2001 in Hamburg stattfinden. Wie gewohnt ist die Sitzung vereinsöffentlich.

GESUNDHEITSPOLITIK

Anhörung zur Abschaffung des Arzneimittel- und Heilmittel-Budget Katja Lorenz hat den Verein im September bei der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuß vertreten. Die FDP-Fraktion hatte eine Abschaffung des Budgets gefordert und eine

Anhörung zu diesem Thema auf die Tagesordnung gesetzt. Unsere Stellungnahme dazu ist im Montagsblatt der DAZ erschienen und wird demnächst auch auf unserer neuen Web-site zu besichtigen sein.

Am 26.10.2000 wird im Bundestag auf Antrag von MdB Schmidbauer (SPD) über die Ziele zur Qualitätssteigerung in der Diabetes-Versorgung debatiert und entschieden. Der VDPP hat hierzu in einer kurzen Stellungnahme die Einbindung der Apothekerschaft angemahnt, die auch demnächst auf der Web-Site eingestellt wird.

ARZNEIMITTEL AKTUELL

Sumpfb Blüten des Arzneimittelmarktes – Hier wird in der nächsten Ausgabe wieder etwas kommen. Ansonsten nehme ich gern Anekdoten entgegen (tschulz1@gwdg.de).

HERBSTSEMINAR

Eine kleine Gruppe von „Enthusiasten“ besuchte am 16. September die EXPO. Hier wurden insbesondere der Themen-

park Gesundheit besucht und es fand eine exklusive Führung durch die PharmaXie statt. Interessante Diskussionen dazu gab es bei der „Zukunftswerkstatt“ am Sonntag. Ausführlicheres wird im Rundbrief erscheinen.

AKTUELLE TERMINE

Mitgliederversammlung am 16./17. Juni 2001 in Münster.
Anmeldeschluß für preiswerte Quartiere zur MV im März 2001.
Die Berliner Regionalgruppe trifft sich wieder am 15.11. im Cafe Blisse um 20.00 Uhr.

Die Hamburger Regionalgruppe trifft sich regelmäßig, Termine bitte bei der Geschäftsstelle erfragen.

Diese Internetpublikation wird vom Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten herausgegeben. Kontakt über Vorstand@vdpp.de oder VDPP, Grindelallee 182, 20144 Hamburg.

Zusammenarbeit mit der AG Verbraucherschutz

von Katja Lorenz

Nach dem letzten Herbstseminar entstand die Idee der AGV bei Fragen des Verbraucherschutzes auf dem Arzneimittelmarkt fachliche Zuarbeit zu leisten. Um möglichst viele einzubeziehen und trotzdem schnell reagieren zu können, entschied sich der Vorstand für den e-mail-Weg. Wir erstellten eine mailing list und nannten sie der Einfachheit halber „prä-AGV“. Bisher sind darauf der Vorstand und Interessenten vom Herbstseminar versammelt. Hier die momentane Zusammensetzung:

Gerd Glaeske	gglaeske@zes.uni-bremen.de
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
Elisabeth Bronder	INHF-Berlin@t-online.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
Udo Puteanus	udo.puteanus@loegd.nrw.de
Thomas Schulz	tschulz1@gwdg.de
Bettina Berger	b.berger@aponet.de
Ulrike Faber	ulrike.faber@bln.AOK.de

Jede/r die/der mag und eine e-mail-Adresse hat, kann sich auf die Liste setzen lassen. Die Gruppe soll einerseits Anfragen, die den Vorstand von Seiten der AGV erreichen, bearbeiten. Andererseits sollen auch Themen, die uns – egal, ob in der Apotheke, in der Werbung oder sonst wo – auffallen diskutiert und in entsprechend aufbereiteter Form der AGV zur Verfügung gestellt werden.



Aus der Geschäftsstelle

Wer bis jetzt noch nicht daran gedacht hat, möge dies nun tun: die Mitgliedsbeiträge sind fällig. Wer nicht ständig daran erinnert werden mag, kann zu ihrer / seiner Erleichterung der Geschäftsstelle eine Einzugsermächtigung schicken, und schon läuft alles wie von selbst.

Telefon: (040) 45 87 68

E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de.

Vorstandsmitglied Isabella Sulger hat für die satzungskonforme Geschlechterparität unter ihren Kindern gesorgt und am 30. September 2000 eine Tochter zur Welt gebracht. Wie alle weiblichen Abkömmlinge von VDPP-Vorstandsmitgliedern heißt sie Charlotte.

Die nächste VDPP-Mitgliederversammlung wird vom 15. - 17. Juni 2001 in Münster stattfinden. Wer Udo Puteanus bei der Organisation helfen möchte, wende sich an ihn oder an die Geschäftsstelle.

Unter der alten Adresse bzw. URL (<http://www.vdpp.de>) aber in neuer Aufmachung präsentiert sich der Verein seit einigen Wochen im Internet. Schaut einfach einmal herein.

Termine

Regionalgruppe Berlin

Die Regionalgruppe trifft sich an jedem 3. Mittwoch im Monat um 20 Uhr im Café Blisse, Blissestraße 14, 10713 Berlin. Nächste Termine: 17. Januar, 21. Februar, 21. März 2001.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 20 Uhr bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 3., 17. und 31. Januar, 14. und 28. Februar, 14. und 28. März 2001.

Regionalgruppe Hessen

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

Vorstand

20. - 21. Januar 2001 in Hamburg

Internationaler IPPNW-Kongress

„Medizin und Gewissen - wenn Würde eine Wert würde...“, 24. - 27. Mai 2001 in Erlangen.

Kontakt: Kongress-Büro Erlangen
c/o Stephan Kolb, Fichtestraße 39, 91054 Erlangen
Telefon 09131 - 81 68 30, Telefax 09131 - 2 23 39
E-Mail: medigew@aol.com

VDPP-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.

Beiträge für den VDPP RUNDBRIEF Die Redaktion

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, rundbrief@vdpp.de oder grosse@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 97, 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. Seit aber in jedem Falle so nett, in der Mail zu erwähnen, in welchem Format die Artikel gespeichert sind.

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 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. Das Einscannen solcher Artikel wird durch die Verwendung von verblassten Farbbändern und von dünnem zerknitterten Endlospapier nicht unbedingt erleichtert.

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. We-

niger 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.



Europäische Internet-Apotheke

von Christoph Trick

Pillen aus Holland

Die erste Internet-Apotheke aus den Niederlanden verfolgt ehrgeizige Ziele: Bis Jahresende soll ein Kundenstamm von 10.000 Patienten aufgebaut werden. Anfang Juni startete "DocMorris" mit etwa 350 Medikamenten, darunter viel Rezeptpflichtiges. apo-online nahm den Anbieter aus Holland unter die Lupe. Quintessenz: "DocMorris" ist ein erster Schritt in Richtung professionellen Medikamentenhandels via Internet in Europa. Für Verbraucher lohnt es sich allerdings, genau auf die einzelnen Angebote zu achten - längst nicht jedes Medikament aus Holland ist auch tatsächlich günstiger.

"Doc Morris" (www.0800DocMorris.com) ist die erste europäische Internet-Apotheke. Die Vorteile des "laxen" Gesundheits- und Arzneimittelrechts der Niederlande machen es möglich. Apotheker Jacques Waterval über seine "DocMorris"-Ziele: "Patientenfreundlichkeit wie in den Niederlanden, Preise wie in Spanien, Arzneimittelsicherheit wie in Deutschland, Innovationen wie in Skandinavien und Apotheken-Services im Internet wie in Großbritannien". Der Apotheker will mehr Wettbewerb in den "von nationalen Monopolen geprägten Markt" bringen.

Dreisprachiger Service

Deutsch, Englisch oder Niederländisch werden Internet-Surfer je nach Wahl empfangen. Bestellen dürfen alle User aus EU-Mitgliedsstaaten. Zielgruppe sind "Patienten mit planbarem Bedarf an rezeptfreien und rezeptpflichtigen, jedoch nicht erstattungsfähigen Medikamenten". Seit Anfang Juni wurden bereits gut 150.000 Besucher auf der Internet-Seite registriert, 8.500 Kunden kauften bei DocMorris ihre Medikamente ein.* Die bisherigen Verkaufsschlager überraschen nicht: Die Antibabypille, gefolgt von der Antiraucherpille Zyban und dem Schlankmacher Xenical, so Karin Cofalka, zuständig für die "DocMorris"-Pressearbeit im deutschsprachigen Raum.

Medikamenten-Shopping online

Vielseitig sind die Internet-Offerten. Neben Arzneimitteln kann über E-Mail ein Newsletter abgerufen werden, in einem Patientenforum ist es Usern möglich, sich mit anderen Teilnehmern auszutauschen und Service-Links verbinden mit anderen Adressen (Beispiel: Deutsche Gesellschaft für Ernährung). Ein Link führt zum Arzt-Suchservice des Anbieters YellowMap. Das Startsortiment von rund 350 Medikamenten reicht von Aspirin über Rulid bis Viagra. Unter dem Oberbegriff "Top-Themen" erfährt der User kurz und bün-

dig einiges Wissenswerte über Verhütung, Vitamine, Reise-
medizin, Grippe oder Potenz.

Oberstes Gebot Geduld

Neukunden müssen sich langwierig und umständlich ein-
tragen. Bevor sie ihr Passwort und ihre persönliche Kennung
erhalten, bedarf es einiger Internet-Übung, um die richti-
gen anzuklickenden bzw. auszufüllenden Felder zu finden.
Ist es geschafft, geht es zum Warenkorb, wo die Produkte
von A bis Z oder per Stichwort und Suchbefehl ausgewählt
und zusammengetragen werden. Ist das elektronische Ein-
kaufskörbchen per sechs aufeinander aufbauender Bestell-
schritte gefüllt, erscheint der Gesamtbetrag in Euro oder in
allen anderen EU-Währungen. Bestellungen unter 40 Euro
haben einen Haken - sie sind nicht frei Haus und kosten
nochmals vier Euro Versandgebührenpauschale.

48-Stunden-Lieferservice

verspricht "DocMorris". Die Redaktion bestellte Aspirin
und das rezeptpflichtige Malariapräparat Paludrine. Es er-
folgte keine Lieferung. Nur bei Zusendung des Originalre-
zeptes per Post, erfuhren wir auf Nachfrage bei der Ser-
vice-Hotline, wird auch geliefert. Der Kunde wird darüber
allerdings nicht in Kenntnis gesetzt. Im Gegenteil, wird
ihm doch noch per E-Mail seine Bestellung bestätigt. Das
Rezept-Controlling ist also gut, dennoch ist es ärgerlich,

erst nach telefonischer Rückfrage bei der "DocMorris"-Ser-
vice-Hotline zu erfahren, warum überhaupt nichts ins Haus
kommt. Nach Klärung der Sachlage erklärte sich der Ope-
rator bereit weiterzugeben, dass nur das Rezeptfreie ge-
wünscht wird - binnen zweieinhalb Tagen kam die Sen-
dung per Express-Lieferservice dann tatsächlich.

Rechtsstreit

Die ABDA will gegen Watervals Internet-Apotheke den-
noch Klage einreichen. Grund: Das Risiko des Versandhan-
dels sei auch in diesem Fall gegeben, da der Apotheker
Waterval die Verantwortung abgibt, sobald die Medika-
mente an ein Logistikunternehmen gingen. Die Niederlan-
de sind der einzige EU-Staat mit uneingeschränkter Erlaub-
nis für den Versandhandel.

Viele unseriöse Anbieter im Netz liefern ohne Nachfrage
ins Haus. Bei "DocMorris" wird im Unterschied dazu im-
merhin darauf hingewiesen, dass auch frei verkäufliche
Medikamente gesundheitlichen Schaden anrichten kön-
nen, ein Fragebogen folgt nach (zu Überempfindlichkei-
ten, bestehender Schwangerschaft etc.). Außerdem wird
nach der Adresse des Hausarztes gefragt, um sich bei
Rückfragen mit diesem in Verbindung setzen zu können.
Inwieweit davon seitens "DocMorris" allerdings Gebrauch
gemacht wird, bleibt offen.

Vorsicht Falle! Schnäppchen im Internet

Ein Preisvergleich bei einigen Medikamenten zwischen Apotheke und „DocMorris“ zeigt: längst nicht alle Präparate sind
tatsächlich günstiger. Insbesondere bei Online-Orders unter 40 Euro - hier kommen Versandkosten von vier Euro dazu.
Nach eigenen Angaben sollen bis zu 40 Prozent Preisvorteil herauspringen. Laut Waterval werden nur in Europa zugelas-
sene Original-Arzneimittel verkauft.

Einige Präparate im Preisvergleich:

Teurer:

ACC akut (600mg, 20 Brausetabletten):
Apothekenpreis DM 17,60 / "DocMorris"-Preis DM 30,34.
Zyban (100 Tabletten):
Apothekenpreis DM 248,- / "DocMorris"-Preis DM 254,41

Günstiger:

Meridol Mundspüllösung (400ml):
Apothekenpreis DM 10,80 / "DocMorris"-Preis DM 9,97.
Mobilat (100g Gel):
Apothekenpreis DM 20,90 / "DocMorris"-Preis DM 16,04.
Viagra (100mg, 4 Tabletten):
Apothekenpreis DM 107,60 / "DocMorris"-Preis DM 80,46
*Aktueller Stand bei Redaktionsschluss

Reaktionen zu DocMorris und dem Internet-Handel mit Arzneimitteln

Gerichtliche Schritte

Ende Juli hat der Deutsche Apothekerverband beim Landgericht Frankfurt a. M. eine Antrag auf Erlass einer einstweiligen
Verfügung eingereicht, der auf Beendigung der Rechtsverstöße der Internet-Apotheke DocMorris aus Kerkrade, Nieder-
lande, gerichtet ist. Der Antrag wurde nicht nur gegen die Apotheek van Wersch und den Apotheker Jacques Waterval,
sondern darüber hinaus auch gegen die 0800DocMorris N.V. i.o., eine in Gründung befindliche Aktiengesellschaft nach
niederländischem Recht, gerichtet. Die mündliche Verhandlung ist für Ende Oktober anberaumt.

"Russisch Roulette mit @rzneien"

Informationen zum Medikamentenkauf im Internet bietet die Stiftung Warentest auf ihrer Internet-Site
www.warentest.de. Die Stiftung kommt zu dem Schluss, dass „die Preise hoch, Informationen dagegen Mangelware sei-
en“. Dies ist das Ergebnis eines Testkaufs, den die Berliner Verbraucherschützer bei 16 Internet-Apotheken in Australien,
Neuseeland, der Schweiz und den USA gestartet haben. Das Fazit: „Einen vernünftigen Grund, Medikamente per Zufalls-
recherche im Internet zu ordern, gibt es nicht. Auf dem Spiel steht die Gesundheit.“

Abschaffung des Arzneimittel- und Heilmittelbudgets

Stellungnahme im Rahmen der Anhörung am 27.9.2000 zu dem Antrag der Fraktion der F.D.P.

Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln

Die Frage, ob das Arzneimittelbudget den medizinischen Bedarf abdeckt, ist alleine nicht sinnvoll.

Budgets im Gesundheitssystem können nicht sinnvoll allein in Bezug auf die Frage überprüft werden, ob sie dem „**medizinischen Bedarf**“ entsprechen. Eine bedarfsgerechte Versorgung bedeutet nur, dass Leistungen, die indiziert sind und einen positiven medizinischen Netto-Nutzen haben, fachgerecht erbracht werden. Aufgabe des Gesundheitssystems ist jedoch nicht allein die Deckung des medizinischen Bedarfs, sondern die Gewährleistung einer insgesamt „**angemessenen Versorgung**“ der Bevölkerung¹. Die Frage, welche Versorgung angemessen ist, hängt von den Zielen des Gesundheitssystems in der Gesellschaft ab. Dies schränkt z.B. die Interpretation internationaler Vergleiche der Angemessenheit von Arzneimittelbudgets sehr stark ein. Wenn Ziele der Gesundheitssysteme nicht miteinander vergleichbar sind, kann auch die Angemessenheit der Versorgung oder von Budgets nicht einfach verglichen werden.

Eine Diskussion der Ziele solidarisch eingezahlter Mittel im Gesundheitssystem ist Voraussetzung für die Frage, ob das Arzneimittelbudget angemessen ist.

Um die Frage nach der Angemessenheit der Arzneimittelbudgets klären zu können, muss eine breite Diskussion in der Öffentlichkeit darüber beginnen, was eigentlich die Ziele der solidarisch eingesetzten Mittel im Gesundheitssystem sind. Dabei muss insbesondere auch berücksichtigt werden, was die Opportunitätskosten der Ausweitung der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung sind, d.h., welche anderen gesellschaftlichen Ziele mit den entsprechenden Mitteln verfolgt werden könnten und durch wen eventuell gewünschte zusätzlich Mittel aufzubringen sind. Damit diese Diskussion geführt werden kann, sollte ein theoretisches Grundverständnis der Alternativen geschaffen werden. Die folgenden Ziele sind die wichtigsten möglichen Ziele für den Einsatz solidarisch finanzierter Mittel im Gesundheitssystem. Dabei ist zu beachten, dass diese Ziele miteinander kombiniert werden können, jedoch in ihrer maximalen Realisation nicht miteinander in Deckung zu bringen sind, d.h. sich gegenseitig ausschließen:

1. Maximierung der durchschnittlichen **Lebenserwartung** der Bevölkerung
2. Maximierung der durchschnittlichen **Lebensqualität** der Bevölkerung
3. Maximierung der Lebenserwartung der sozialen Schichten mit der **kürzesten Lebenserwartung**
4. **Angleichung der Lebenserwartung** unterschiedlicher sozialer Schichten

5. Minimierung von Zuständen mit besonders **schlechter Lebensqualität**

6. Minimierung von Krankheiten mit dem Risiko eines **Todes in frühen Lebensphasen**

7. Ungesteuerte effektive Bedienung der **Nachfrage** nach medizinischen Leistungen

Es ist offensichtlich, dass die genannten Versorgungsziele sich zumindest z. T. gegenseitig ausschließen. Bei grundsätzlich unbegrenzten Budgets spielt die Kosten-Nutzen-Relation für die Zielerreichung keine Rolle. Da es aber im Gesundheitssystem selbst und in Abgrenzung der Budgets für andere soziale Aufgaben immer Opportunitätskosten gibt, kann es keine grundsätzlich unbegrenzten Budgets geben. Für die Frage, ob ein Medikament mit schlechter Kosten-Nutzen-Relation und hohen Kosten dennoch dem nachfragenden Patienten angeboten werden sollte, haben die vorgetragenen Versorgungsziele daher unmittelbare Bedeutung. So würde das Medikament, wenn es sich nur auf die Lebensqualität auswirkt, ohne die Lebenserwartung positiv zu beeinflussen, unter der ersten Zielsetzung geringere Priorität besitzen als unter Zielsetzung 2. Verteilungsaspekte würden unter Nutzung des dritten und vierten Prinzips berücksichtigt, würde es sich um einen Versicherten mit besonders schlechter Lebensqualität handeln, würde er unter Prinzip 5 besonders priorisiert. Prinzip 6 würde gehäuft früh auftretende tödliche Krankheiten in den Vordergrund stellen. Ist der Wunsch nach der Behandlung durch die Betroffenen besonders ausgeprägt, würde der Versicherte besonders von Prinzip 7 profitieren.

Die derzeitige Debatte um das Arzneimittelbudget konzentriert sich auf die Bedarfsdeckung und die mögliche Umsetzung von Priorisierungsverfahren, und nicht, was Voraussetzung für eine Priorisierung wäre, auf die Versorgungsziele, die durch diese erreicht werden sollen.

Unter-, Über- und Fehlversorgung definieren den Bereich der angemessenen Versorgung

Idealerweise würde sich somit das Budget für Arzneimittel aus der Summe der Budgets einer angemessenen Versorgung bei allen einzeln untersuchten Indikationen ergeben. Die Frage, ob eine Behandlung mit einem Arzneimittel angemessen ist, ergibt sich indirekt, indem ein Bereich jenseits von Unter-, Über- und Fehlversorgung gebildet (Abb. 1)

Die Angemessenheit der Versorgung, ob mit oder ohne Budgets, muss also wegen der Opportunitätskosten in Bezug auf andere Gesundheitsziele immer auch unter ökonomischen

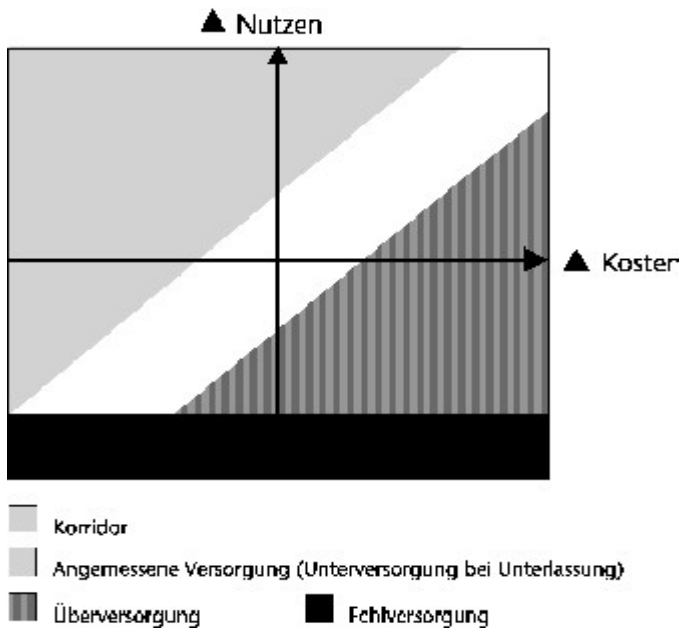


Abbildung 1: Bereich der angemessenen Versorgung (Def. s.u.). Die Differenz des medizinischen Nutzens und der Kosten bezieht sich jeweils auf die beste verfügbare Alternative. Der Korridor beschreibt die Spannbreite einer noch akzeptierten Kosten-Effektivität.

mischen Gesichtspunkten geprüft werden. Folgende Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung ist daher sinnvoll:

Unterversorgung: Eine Leistung, deren Netto-Nutzen und akzeptable Kosten-Effektivität im Vergleich zu ihren Alternativen nachgewiesen sind, wird nicht durchgeführt.

Überversorgung: Eine Leistung, deren Netto-Nutzen oder akzeptable Kosten-Effektivität im Vergleich zu ihren Alternativen nicht nachgewiesen ist, wird durchgeführt.

Fehlversorgung: Eine Leistung mit einem insgesamt negativen Netto-Nutzen oder einem deutlich geringeren Netto-Nutzen im Vergleich zu ihren Alternativen wird durchgeführt.

Die Angemessenheit des Arzneimittelbudgets kann zur Zeit nicht geprüft werden.

Auf der Grundlage dieser Überlegungen ergibt es sich, dass zur Zeit ein angemessenes Arzneimittelbudget nicht bestimmt werden kann. Dies hat insbesondere drei Gründe:

1. In der Bevölkerung gibt es noch keine allgemein akzeptierten Grenzwerte für die Kosten-Effektivität einzelner Versorgungsbereiche oder Indikationen.
2. Der Netto-Nutzen zahlreicher Arzneimittel im Vergleich zu ihren Alternativen ist noch nicht bekannt.
3. Die Kosten-Effektivität zahlreicher Arzneimittel im Vergleich zu ihren Alternativen ist noch nicht bekannt.

Somit ergibt sich die Möglichkeit, dass das bestehende Arzneimittelbudget zu hoch oder zu niedrig ist, um den Zielen der Gesellschaft zu entsprechen. Es kann zur Zeit nicht geprüft werden, ob das Arzneimittelbudget insgesamt angemessen ist.

Es gibt Hinweise auf

Über- Unter- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln.

Innerhalb eines bestehenden Budgets entspricht es einem Minimalprinzip an Rationalität, dass nicht innerhalb einer Indikation aufwendige Therapien mit geringem Netto-Nutzen durchgeführt und weniger aufwendige Therapien mit höherem Netto-Nutzen unterlassen werden. Auch die interne Konsistenz der Behandlung ist nicht ausreichend untersucht in Deutschland. In einer eigenen Auswertung der Bluthochdruckbehandlung auf der Grundlage der DHP-Studie konnte unser Institut z.B. feststellen, dass die Blutdruckkontrolle bei Patienten mit hohem absoluten Risiko für einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall weniger gut war als bei Patienten mit niedrigerem absoluten Risiko (Abb. 2, hier nicht abgebildet, im Internet zu finden unter) zeigte sich, dass insbesondere die Patienten, deren Netto-Nutzen von der Behandlung am größten wäre, unterbehandelt waren. Die Therapie war, in gewisser Weise, umgekehrt evidenzbasiert, d.h. je besser der medizinische Nutzen der Therapie gesichert ist (d.h. bei hohem Ausgangsrisiko), um so geringer war der Behandlungsgrad. Für die Patientengruppen mit hohem Risiko kann man eine Unterversorgung unterstellen, da wahrscheinlich sogar auf der Grundlage relativ konservativer Grenzwerte für eine akzeptable Kosten-Effektivität dieses Kriterium erfüllt sein dürfte. Ob jedoch auch für die Patienten mit niedrigem absoluten Risiko eine Unterversorgung besteht, hängt davon ab, wie die Kosten-Effektivität der Behandlung dieser Patienten ausfällt. Um dies bewerten zu können, müssten Daten dazu zur Verfügung stehen, mit welchen Medikamenten diese Patienten behandelt wurden. Es liegen aber keine patientenbezogenen Daten dazu vor, wie Niedrigrisikopatienten mit Hypertonie in Deutschland behandelt werden. So ist es wahrscheinlich, dass bei der Bluthochdruckbehandlung Unter- und Überversorgung gleichzeitig bestehen.

Voraussetzung für die Definition und Umsetzung einer angemessenen Arzneimitteltherapie ist die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien

Für die Verbesserung der Angemessenheit der Versorgung ist der erste und wichtigste Schritt die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien, die helfen können, den Korridor zwischen Unter- Über- und Fehlversorgung zu beschreiben. Evidenzbasierte Leitlinien sollten den u.a. von der Zentralstelle für Ärztliche Qualitätssicherung (ÄZQ) definierten Kriterien qualitativ hochwertiger Leitlinien entsprechen. Zusätzlich müssen sie Kosten-Nutzen-Analysen der einzelnen Therapieempfehlungen im Vergleich zu ihren Alternativen berücksichtigen. Ohne die Methoden der evidenzbasierten Medizin kann kein den Gesundheitszielen der Bevölkerung angemessener Versorgungsstandard definiert werden. Die Grenzen der Methodik der evidenzbasierten Medizin können dabei akzeptiert werden, ohne diese grundsätzlich in Frage zu stellen.

Die Erstellung solcher methodisch hochwertigen Leitlinien ist sehr aufwendig und mit Kosten von bis zu 500.000 DM pro Leitlinie verbunden. Sie sind in Deutschland für fast keinen Versorgungsbereich vorhanden und es gibt zur Zeit keine ausreichende finanzielle Unterstützung von wissen-

schaftlichen Fachgesellschaften und Instituten für ihre Erstellung. Es sollten öffentliche Gelder oder Beiträge der Krankenkassen für ihre Erstellung zur Verfügung gestellt werden.

Damit evidenzbasierte Leitlinien zur Pharmatherapie erstellt werden können, müssen vergleichende Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführt werden.

Ohne die Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Analysen von Therapiealternativen lässt sich die Kosten-Effektivität eines Arzneimittels indikationsbezogen nicht prüfen. Diese Prüfung ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für die Aufnahme des Arzneimittels in evidenzbasierte Leitlinien. Auf Kosten-Nutzen-Analysen aus dem Ausland kann wegen der unterschiedlichen Kosten- und Preisstrukturen in der Regel nicht zurückgegriffen werden. In Deutschland werden nur sehr wenige Kosten-Nutzen-Analysen pro Jahr publiziert. Auf der Grundlage des Fehlens von öffentlichen Ausschreibungen oder Institutionen in diesem Bereich erscheinen noch seltener industrieunabhängige Arbeiten. Denkbar wäre daher die Schaffung einer nationalen Institution für die Durchführung von Kosten-Nutzen-Analysen in der Arzneimitteltherapie, welche mit universitären nationalen und internationalen Arbeitsgruppen kooperieren würde.

Ohne Vergleich mit evidenzbasierten Therapiestandards lässt sich die Angemessenheit der Arzneimittelversorgung in einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen oder Arztpraxen nur unzureichend prüfen

Wie das o.g. Beispiel Hypertonie zeigt, ist die Wirtschaftlichkeit der Therapie selbst dann schwer zu prüfen, wenn das Morbiditätsspektrum der Versicherten und der Arzneimittelverbrauch bekannt sind. Die Wirtschaftlichkeit hängt davon ab, ob die richtigen Patienten die richtigen Arzneimittel bekommen unter Berücksichtigung von Nutzen und Kosten von Therapiealternativen. Diese Information ist aus den bisher vorliegenden Datenquellen zur Morbidität der Patienten und des Arzneiverbrauchs weder für eine Kassenärztliche Vereinigung noch für eine einzelne Arztpraxis abzuleiten. Das Fehlen entsprechender evidenzbasierter Therapiestandards ist darüber hinaus ein wichtiger Grund für die beobachteten großen regionalen Unterschiede beim Arzneimittelverbrauch und die Arzneimittelausgabenunterschiede einzelner Kassenärztlichen Vereinigungen.

Vergleichende Kosten-Nutzen-Analysen zur Definition des Therapiestandards in evidenzbasierten Leitlinien sind ökonomisch sinnvoller als Innovationszuschläge.

Selbst unter der Voraussetzung, dass eine nicht interessengeleitete Definition des Innovationsgrades neuer Arzneimittel möglich wäre, ist die Einführung einer Innovationskomponente bei der Preisgestaltung oder bei der Berechnung des Arzneimittelbudgets nicht sinnvoll. Innovative Arzneimittel können den Gesamtbedarf an Arzneimitteln sowohl erhöhen als auch reduzieren. So würde eine Sprunginnovation zur Heilung von HIV-Infektionen den Gesamtbedarf an Arzneimitteln wahrscheinlich senken. Auch aus Sicht der Preisgestaltung durch die Industrie wäre es sinnvoller, wenn ein neues Arzneimittel verlässlich Eingang in bestehende Therapiestandards finden würde, wenn der von ihm belegte Zusatznutzen in einem zumindest akzeptablen Verhältnis zu den Zusatzkosten finden würde. Me-too-Produkte ohne evidenzbasierten Zusatznutzen im Vergleich zu ihren Alter-

nativen müssten dann durch Preisvorteile im Vergleich zu etablierten Produkten ihren Weg in die Versorgung finden. Arzneimittel mit sehr hohen Kosten und sicherem aber geringen Zusatznutzen könnten auf der Grundlage der schlechten Kosten- Nutzen-Relation als Überversorgungsangebote von der Aufnahme in den Therapiestandard ausgeschlossen werden. Dies würde langfristig zu einer Preisgestaltung führen, die es verhindert, dass sich das vorhandene Budget auf sehr teure Arzneimittel mit schlechter Kosten-Effektivität konzentriert. Durch den verlässlichen Eingang in Therapiestandards auf der Grundlage einer guten Kosten-Nutzen-Relation könnten auch die Marketingaktivitäten der Industrie eingeschränkt werden.

Ausschluss von Arzneimitteln mit schlechter Kosten-Nutzen-Relation aus dem Therapiestandard der GKV ist nicht grundsätzlich unethisch.

Der Ausschluss von Arzneimitteln mit schlechter Kosten-Nutzen-Relation aus dem Therapiestandard der GKV ist nicht automatisch unethisch. Zumindest in Bereichen, in denen es effektive Alternativen gibt, kann der Verzicht auf die Maximaltherapie ethisch gerechtfertigt sein. Dies gilt aus der Sicht der sozialen Wohlfahrtsethik als auch aus der Sicht der sozialen Gerechtigkeitsethik. Der Verzicht auf die Behandlung mit schlechter Kosten-Nutzen-Relation bedeutet, dass durch die Verwendung der eingesparten Mittel in anderen Bereichen der Versorgung mehr medizinischer Nutzen für die Gesamtheit der Patienten erreicht werden kann. Dies kann auch sozial gerecht sein, wenn sich die von der teureren Behandlung profitierenden Patienten in einer von ihrem Einkommen zu deckenden privaten Versicherung für diese Behandlung voraussichtlich nicht versichert hätten.

Zuzahlungen für Arzneimittel sind ethisch bedenklicher als der Ausschluss von Arzneimitteln mit schlechter Kosten-Effektivität

Wenn Arzneimittel mit schlechter Kosten-Nutzen-Relation nicht verordnet werden, kommt es im Idealfall nicht zu Rationierungen im Sinne der solidarischen Krankenversicherung, weil es sich um Therapien handelt, für die sich der Versicherte nicht freiwillig selbst versichert hätte. Der Zusatznutzen dieser Arzneimittel wäre im Vergleich zu den Zusatzkosten zu gering gewesen. Statt dessen hätte sich der Versicherte für die Absicherung anderer Risiken mit einer besseren Kosten-Nutzen-Relation entschieden. In einer solidarischen Versicherung sollte jedoch die Inanspruchnahme von Arzneimitteln innerhalb des Therapiestandards vom Einkommen völlig unabhängig sein. Dies kann durch die Einführung von Zuzahlungen gefährdet sein. In einer eigenen Studie zur Wirkung der Erhöhung der Zuzahlung je Packungsgröße um 5 DM auf 9, 11 und 13 DM durch das GKV-Neuordnungsgesetz vom 1.7.1997 (maximale Zuzahlung pro Jahr lag bei 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen (für chronisch Kranke bei 1%, Befreiung: Kinder, einkommensabhängige Befreiung (< 1.700 DM Alleinstehende, < 2.350 DM Ehepaare) konnten wir feststellen, dass ein großer Teil der gesetzlich Versicherten auf die erhöhte Zuzahlung reagierte und dass das Haushaltseinkommen insbesondere als Einflussfaktor wirkte (siehe Abb.3).

Einflussfaktor Netto-Haushaltseinkommen pro Kopf²

Einkommensschicht	Pro-Kopf-Netto-Haushaltseinkommen	Verzicht auf Arztbesuch	Kein Kauf eines verordneten Arzneimittels
29 % niedrigste	< 1.500 DM	62 (30,1 %)	62 (30,1 %)
26 % höchste	> 2.600 DM	15 (8,3 %)	24 (13,3 %)

Abbildung 3.: Die Analyse geht auf eine schriftliche Befragung in 68 Kölner Apotheken (23%) im Zeitraum von Oktober-Dezember 1998 zurück. Es zeigte sich eine einkommensabhängige Wirkung trotz der o.g. Befreiungsregel.

Von der verminderten Inanspruchnahme waren sowohl akute als auch chronische Krankheiten betroffen. Die Auswirkungen waren besonders ausgeprägt für Patienten, die insgesamt hohe Zuzahlungen zu tragen hatten. Gemessen an diesen negativen Verteilungseffekten war die Gesamtsteuerungswirkung der Zuzahlungen eher gering.

Prof. Dr. Dr. K. W. Lauterbach Dr. A. Gandjour, M.B.A.,
Dipl.-Kfm. G. Schnell;
<http://www.igke.de/zuzahlungen.htm>

Anmerkungen:

1 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. „Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung“ im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. <http://www.svr-gesundheit.de/bedarf.htm>

2 *Zuzahlungen bei Arzneimitteln* Eine Befragung zu den Auswirkungen der erhöhten Zuzahlung vom 1.7.97 auf das Inanspruchnahmeverhalten der gesetzlich Versicherten

Anmerkung der Redaktion – unter <http://www.medizin.unikoeln.de/kai/igmg/> sind im Internet sich dieses Gutachten und weitere Hintergrundinformationen zu finden

Milliarden-Schaden durch fingierte Preise

Auf dem US-amerikanischen Pharma-Markt lassen sich weltweit die höchsten Preise für Arzneimittel erzielen. Doch rund 20 Herstellern, darunter die Leverkusener Firma Bayer und die Pharma-Riesen Glaxo-Wellcome und Smithkline Beecham, reichten diese Profite offenbar nicht: Durch unlautere Geschäftspraktiken auf Kosten der staatlichen Einrichtungen "Medicare" und "Medicaid" verdienten sich die Multis noch ein paar Dollar-Millionen dazu. "Medicare" und "Medicaid" übernehmen für Bedürftige die Arznei-Kosten.

von Udo Hörster

Grundlage der Abrechnungen von Krankenhäusern, Ärzten und Apotheken mit der staatlichen Gesundheitsfürsorge bilden die vom Pharma-Hersteller festgesetzten Großhandelspreise. Zu diesen Preisen ist allerdings nie ein Medikament gehandelt worden. In der Praxis gewährten die Produzenten den Abnehmern großzügige Abschläge, wovon beide Seiten profitierten: Die Kunden ließen sich von Medicare den vollen Listen-Preis zurückerstatten und behielten den Differenz-Betrag ein. Die Produzenten steigerten künstlich die Nachfrage nach den teuersten Präparaten, weil diese das meiste "extra-Geld" versprochen. Billigere Konkurrenz-Produkte hatten so keine Chance. "Medicare" und "Medicaid" erlitten einen jährlichen finanziellen Schaden von rund einer Milliarde Dollar. Kürzlich flog der Schwindel auf: Den US-Behörden fielen geheime Firmen-Dokumente in die Hände, in denen die Manipulationen als bewährte "Marketing-Instrumente" beschrieben wurden.

Mit der Drohung, ansonsten eine Schadensersatz-Klage anzustrengen, zitierten Ministerial-Beamte Vertreter von Bayer und anderen Herstellern nach Washington. Viel zu befürchten haben die Konzerne allerdings nicht: Die Gesundheitsadministration will lediglich pragmatisch die Gunst der Stunde nutzen, in der die Pillen-Produzenten in der De-

fensive sind, um ihnen eine Neuregelung des Erstattungssystems abzutrotzen. Aber "Einbußen beim Pharma-Umsatz werde es nach einer Neugestaltung nicht geben", gab sich Bayer-Sprecher Daniel McIntyre zuversichtlich. Ob die Pharma-Industrie Geld zurückerstatten muss, gilt als eher unsicher.

Trotzdem könnte die Luft im Pharma-Paradies USA für die Hersteller nach dem Betrugsfall dünner werden. Es wächst dort nämlich die Einsicht, dass es die Verbraucher mit ihren Aufwendungen für Medikamente sind, die den Garten Eden bestellen. Der Kongress-Abgeordnete Bernhard Sanders präsentierte dem US-Parlament eine Untersuchung, die belegt, dass die Pharmapreise in den USA zu den höchsten weltweit gehören. Er begründet damit eine Gesetzes-Initiative, die den Re-Import von anderswo günstiger gehandelten Arzneimitteln in die Vereinigten Staaten ermöglichen soll. 81 Kongress-Vertreter aus beiden politischen Lagern schlossen sich seinem Vorhaben an. Nach Bekanntwerden der jüngsten Machenschaften der Arznei-Konzerne dürfte ihre Zahl noch gestiegen sein.

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors und des Herausgebers - Stichwort Bayer, Coordination gegen Bayer-Gefahren

Nobel-Mumpitz

von Stefan Berg

Zum Editorial in PZ 26/2000 Auch Nobelpreisgewinner tragen keine Heiligenscheine. Angesichts der zunehmenden Spezialisierung scheint einigen insbesondere der Blick für ökologische Zusammenhänge abhanden zu kommen. Um so mehr erstaunt es, dass sich Chefredakteur Dr. Hartmut Morck in seinem Editorial die zum Teil abstrusen Standpunkte zweier Forscher zu eigen macht.

Die große Mehrheit der Klimawissenschaftler ist sich einig, dass eine drastische Reduktion der Treibhausgase, insbesondere des CO₂ zwingend notwendig ist, um die weitere Erwärmung der Erdatmosphäre und damit die Zunahme von extremen Wetterereignissen zu verhindern. Es ist die gedankenlose Energieverschwendung und der damit verbundene CO₂-Ausstoß der Industrieländer, der schon jetzt durch eine steigende Zahl von Überschwemmungen und Wirbelstürmen Menschen in tropischen Regionen um Hab und Gut, Gesundheit und Leben bringt.

Angesichts dieser Tatsache ist die Behauptung von Nobelpreisträger George Olah, das Bestreben den CO₂-Ausstoß zu reduzieren, sei »die falsche Umweltpolitik«, der Gipfel des Zynismus. Akademische Luftschlösser, wie die Nutzung von CO₂ als Brennstoff oder die Kernfusion (die selbst nach Angabe der beteiligten Forscher frühestens in 2050 vielleicht Anwendungsreif sein könnte), sind nicht in der Lage, unsere drängenden Energieprobleme zu lösen, sondern vielmehr eine konsequente Energiesparpolitik mit Förderung regenerativer Energien. Dies ist der aktuelle Stand der Klimaforschung und nicht der unglaubliche Mumpitz des Herrn Olah!

Die Atomenergie, die unseren Nachkommen für Hunderttausende von Jahren hochgefährlichen Müll hinterlässt als wie Olah - »die einzige reine Energiequelle für die Menschheit« zu bezeichnen - zeugt von einer beispiellosen Realitätsferne. Die menschliche Fehlbarkeit verbietet den Einsatz einer Technologie, die - wie geschehen - ganze Landstriche unbewohnbar machen kann. Darüber hinaus führt der Abbau des Urans (übrigens eine endliche Ressource!) schon jetzt zur radioaktiven Vergiftung großer Gebiete. Die euphemistisch »Wiederaufarbeitung« genannte Behandlung abgebrannter Brennstäbe steigert die Menge des anfallenden Atommülls um ein Vielfaches und trägt in Europa zur steigenden radioaktiven Belastung der Meere bei.

Billig ist die Atomenergie nur für die Energiekonzerne; die wahren Kosten tragen die indigenen Völker in den Uranabbaugebieten und unsere Kinder und deren Umwelt. Berechtigte Proteste freilich gehen in unserer von der verdummenden millionenschweren Propaganda der Atomwirtschaft (»Strom ist yellow«) beherrschten Medienwelt allzu oft unter. Gerade der nur scheinbar billige Atomstrom mit seinen enormen Überkapazitäten verhindert den Einstieg in eine von regenerativen Energien dominierten Energiesparwirtschaft.

Wer weiterhin wie der Chemiker Paul Boyer behauptet, Organisationen wie Greenpeace würden mit Ängsten Politik machen, muss sich den Vorwurf gefallen lassen, mit der

täglichen Arbeit von Umweltverbänden nicht vertraut zu sein. Angst machen sollte uns vielmehr eine Ideologie, die uns glauben machen will, in einer begrenzten Welt sei das allseits propagierte unbegrenzte Wachstum das heilbringende gesellschaftliche Ziel. Hier macht sich allerdings ein Terror der Ökonomie breit, der den Schutz unserer Umwelt unter die Räder kommen lässt.

Alle Positionen von Greenpeace sind wissenschaftlich begründet, die Konzepte für eine nachhaltige, umweltverträgliche Energiepolitik längst entwickelt; freilich nicht von solchen Wissenschaftlern, die ihre Unabhängigkeit den schnöden Verlockungen gut zahlender Industrieunternehmen geopfert haben.

Denn das ist das eigentliche Problem der Umweltpolitik: Gegen die massive politische Einflussnahme großer Konzerne gerade aus der Öl- und Atomwirtschaft sind wissenschaftlich begründete Positionen, wie die des Klimaschutzes, offenbar machtlos. Bedauerlich ist es, dass sich für alle Bereiche Experten finden, die sich vor den Karren rein profitorientierter Interessen spannen lassen. Insofern ist die wachsende Verfilzung von Wissenschaft und Kommerz eine schlimme Entwicklung (empfohlen sei ein Blick in das Buch »Käufliche Wissenschaft« von Bultmann und Schmidthals, Knauer Verlag, mit diversen belegten Fällen).

Übrigens: Wer keine Lust hat, mit seinem eigenen Energieverbrauch Atomkraftwerksbetreiber und Klimazerstörer zu unterstützen, kann auch mit seiner Apotheke durch einen Wechsel zu einem umweltfreundlichen Stromanbieter einen ehrlichen Schritt hin zum oft beschworenen »Ort der Gesundheit« tun: Ein kleiner Beitrag - nicht zur Steigerung eines Shareholder Value, sondern zur Bewahrung der Lebensgrundlagen unserer Kinder (zum Beispiel Greenpeace Energy, Telefon 0 40/38 69 92 84). So kann das - atommüllfreie! - Schmelzen von Unguentum emulsificans zu einem kleinen Highlight im Apotheken-Alltag werden. Und solche brauchen wir doch!

**Stefan Berg, ABC-Apotheke,
Borsteler Chaussee 177, 22453 Hamburg**

Parteirat von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Berlin, 06. November 2000

Auf der Grundlage eines Papiers von Andrea Fischer, Bundesgesundheitsministerin und Fritz Kuhn, Bundesvorsitzender, hat der Parteirat von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf seiner heutigen Sitzung folgenden Beschluss gefasst, den wir Ihnen im Wortlaut zur Kenntnis geben:

Beschluss:

Grüne Gesundheitspolitik: Für Prävention, Solidarität, Qualität und Wirtschaftlichkeit

1. Herausforderungen für das Gesundheitssystem

Die sich rasant wandelnde Arbeits- und Lebenswelt stellt neue Anforderungen an unsere sozialen Sicherungssysteme. Wer den Schutz vor den elementaren Lebensrisiken Arbeitslosigkeit, Krankheit, Auskommen im Alter auch im 21. Jahrhundert dauerhaft sichern will, muß sich diesen Herausforderungen stellen.

- **Demografische Herausforderungen**
Wie die Rentenversicherung steht auch die Kranken- und Pflegeversicherung vor der Herausforderung einer sich verändernden Alterszusammensetzung der Gesellschaft.
Die Krankenversicherung hat mehr Ausgaben, weil ältere Menschen in der Regel mehr Leistungen in Anspruch nehmen als junge. Die Einnahmen der Krankenversicherung reduzieren sich, weil ältere Menschen geringere Beiträge zahlen als jüngere.
- **Herausforderungen durch medizinischen Fortschritt**
Läßt sich die demografische Entwicklung noch mit hoher Sicherheit für die nächste Jahrzehnte prognostizieren, sind Art und Umfang neuer medizinischer Herausforderungen oder des wissenschaftlichen Fortschritts nicht präzise voraussagbar. Ein Trend ist jedoch aus der Vergangenheit absehbar. Durch neue - teilweise kostenintensive - Behandlungsmöglichkeiten gelingt es, vor allem die Lebensqualität der Menschen zu steigern. Noch vor Jahren nicht zur Verfügung stehende Therapien sind heute Regelleistungen der Krankenkassen. Doch nicht jede Neuerung stellt auch einen Fortschritt dar, so dass eine Nutzenbewertung unverzichtbar ist.
- **Qualitative Herausforderungen**
Das deutsche Gesundheitssystem leistet eine medizinische Grundversorgung auf hohem Niveau für alle Menschen. Allerdings zeigt der internationale Vergleich auch, dass in Deutschland bislang mit einem überdurchschnittlichen finanziellen Aufwand nur noch durchschnittliche Ergebnisse in der Gesundheit der Bevölkerung erzielt werden. Die vorhandenen Mittel werden nicht immer dort und nicht immer so eingesetzt, dass es sinnvoll wäre. Verschwendung in einigen Bereichen steht Unterversorgung in anderen gegenüber.

Auch die Ansprüche der Bürgerinnen und Bürger an die Leistungen des Gesundheitssystems haben sich geändert. Sie wollen selbst an den Entscheidungen über ihre Gesundheit als kompetente Akteure und Partner einbezogen werden. Dazu gehört auch, dass sie die Wahl zwischen verschiedenen Leistungsangeboten haben. Diesen Anforderungen werden die gegenwärtigen Strukturen im Gesundheitswesen noch zu wenig gerecht.

- **Gesellschaftliche Herausforderungen**
Gesundheitspolitik ist mehr als die Schaffung von Rahmenbedingungen für die Krankenversicherung. Gesundheitspolitik beginnt, bevor die Krankheit entsteht. Zur Zeit sind beispielsweise viele Krankheiten ernährungsbedingt. Umweltbedingungen, soziale Lebensumstände und die individuelle Lebensführung, sind für ein gesundes Leben mindestens so bedeutend wie der Anspruch auf Heilung im Krankheitsfall. Diese Zusammenhänge auch in Zeiten beschleunigter Modernisierung zu thematisieren und Konsequenzen daraus zu ziehen, ist die Herausforderung nicht nur für die Gesundheitspolitik.

2. Ziele grüner Gesundheitspolitik

Grüne Gesundheitspolitik orientiert sich an drei Zielen:

- **Stärkung der Prävention**
Prävention verstehen wir sowohl als Vorbeugung vor Krankheiten als auch als Vermeidung unnötiger Behandlung. Der beste Anwalt seiner Gesundheit ist der potentielle Patient selbst. Information über und die Transparenz des Gesundheitssystem sind für die Krankenversicherten von entscheidender Bedeutung. Das gilt für die Prävention wie für den Krankheitsfall. Daher wollen wir die Rechte und die Eigenkompetenz der Patientinnen und Patienten stärken. Nur wer über Gesundheitsrisiken informiert ist und Angebote zu ihrer Vermeidung gemacht bekommt, kann selbstbestimmt entscheiden und seine Gesundheit schonen. Krankenversicherte brauchen die Möglichkeit, sich über Chancen, Risiken und Kosten von Behandlungsmethoden zu informieren. Ein so informierter Patient wird von sich aus unnötige und seinen Körper belastende Behandlungen und Arzneimittel ablehnen.
Grüne Gesundheitspolitik setzt sich neben der individuellen Ebene auch auf gesellschaftlicher Ebene für die Stärkung von Prävention ein. Wir verstehen

Gesundheitspolitik als Querschnittspolitik, die in den verschiedensten Politikfeldern ihren Niederschlag finden muss. Für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist Gesundheitspolitik damit ein zentrales Politikfeld, in dem ökologische Fragen eng mit Fragen sozialer Gerechtigkeit verknüpft sind.

- **Solidarität**

Unser solidarisches Krankenversicherungssystem beruht im wesentlichen auf zwei Grundlagen. Alle Mitglieder zahlen Beiträge entsprechend ihres Leistungsvermögens und dafür erhalten alle im Krankheitsfall die notwendigen Leistungen. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stehen zum Prinzip der solidarischen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanzierten Krankenversicherung. Ein System, welches 90% der Bürger unseres Landes nicht nur einschließt, sondern sie auch zu Solidarität verpflichtet, muss auch jederzeit den so Versicherten glaubhaft vermitteln können, dass die solidarischen Leistungen und Gegenleistungen zwischen den Beteiligten ausreichend gerechtfertigt sind. Hier besteht vor dem Hintergrund von sich verändernden Einkommensstrukturen (Rückgang der Lohnquote u.a.), neuer Bewertung von Lebensformen (Ehe und Familie), der demografischen Veränderungen und des Bewußtseins über zweifelhafte Befreiungstatbestände aus dem Solidarprinzip (z.B. Beamte) erheblichen Bedarf an Korrekturen.

- **Qualität und Wirtschaftlichkeit**

Nachdem die Belastung der Versicherten jahrelang ohne spürbare Verbesserung der Versorgung gestiegen ist, ist es das Ziel grüner Gesundheitspolitik, Kosten und Leistungen des Gesundheitssystems in ein angemessenes Verhältnis zu bringen. Qualität und Wirtschaftlichkeit sind auch im Gesundheitswesen das Gebot der Stunde. Das Motto „viel hilft viel“ geht insbesondere im Gesundheitswesen nicht auf. Gesund wird man nicht mit allen, sondern mit den richtigen Mitteln.

Lange Wartezeiten, Doppelbehandlungen (z.B. beim Röntgen) und ungenügende Beratung gehören heute zur Alltagserfahrung von Patienten. Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der teuersten, aber nicht eines der besten der Welt. Das zeigt: Mehr Geld kann die notwendigen Reformen im Gesundheitswesen nicht ersetzen. Wir sehen die Akteure im Gesundheitswesen in der Pflicht mit den über 250 Milliarden Mark der Beitragszahler besser zu wirtschaften. Die Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung hängt, neben der Höhe des Beitrags, entscheidend von der Qualität der angebotenen Leistung ab. Hier gilt es Unnötiges und Unwirksames sein zu lassen, um das Notwendige machen zu können.

Wir wollen die Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten und sie dauerhaft sichern, indem wir die Strukturen modernisieren, die Eigenkompetenz der Patientinnen und Patienten stärken und für eine sinnvolle Mittelverwendung sorgen. Denn wie kaum ein anderes System ermöglicht die gesetzliche Krankenversicherung allen Versicherten unabhängig von ihrem Einkommen den Zugang zu den gleichen Leistungen. Gerade ange-

sichts zunehmender diagnostischer Möglichkeiten wird eine Absicherung unabhängig von den persönlichen Voraussetzungen immer wichtiger.

3. Bilanz grüner Gesundheitspolitik in Regierungsverantwortung

Stärkung der Prävention, Qualität und Wirtschaftlichkeit und Solidarität waren die Leitlinien für die vom Bundesgesundheitsministerium auf den Weg gebrachte Gesundheitsreform. Zum ersten Mal wurden strukturelle Reformen durchgesetzt, ohne die Beitragszahler oder die Patientinnen und Patienten zusätzlich zu belasten.

Solidarität

Im Gegensatz zu schwarz-gelb sind wir mit der Gesundheitsreform konsequent zum **Solidaritätsprinzip** in der gesetzlichen Krankenversicherung zurück gekehrt. Die schrittweise Privatisierung von Gesundheitsrisiken oder der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben wir rückgängig gemacht. So haben unter rot-grün wieder alle Kinder und Jugendliche Anspruch auf Zahnersatz. Das Krankenhausnotopfer haben wir zurück genommen, die Zuzahlungen - insbesondere für chronisch Kranke - gesenkt. Wesentliche Forderungen aus den Wahlprogrammen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wurden somit umgesetzt. Im Gegensatz zur Union sind wir nicht der Ansicht, dass die Herausforderungen des Gesundheitssystem auf Kosten derjenigen gelöst werden können, die sich am wenigsten wehren. Auch halten wir nichts von den Vorschlägen der FDP das Krankheitsrisiko vollständig zu privatisieren. Wir sind den unbequemerem Weg gegangen, haben uns mit den Lobbyvertretern angelegt und so bei **stabilen Beiträgen** ein einheitliches Versorgungsniveau für alle Versicherten unabhängig von ihrem Einkommen erreicht.

Qualität und Wirtschaftlichkeit

Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems haben wir durch eine Reihe von Maßnahmen gestärkt:

- Die finanziellen **Verbesserungen für Hausärzte** stärken deren Rolle als Lotsen im Gesundheitssystem. Dadurch werden Doppel- und Fehlbehandlungen vermieden und die unterschiedlichen medizinischen Leistungen besser verzahnt. Die Krankenkassen sind gefordert, die im Gesetz vorgesehenen Anreize für das Hausarztprinzip zu schaffen.
- Das gleiche Ziel verfolgen wir mit der **Integrierten Versorgung**. Die Gesundheitsreform fördert die stärkere Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten sowie ambulante und stationärem Bereich zum Wohl des Patienten.
- Die im Gesetz vorgesehene **Positivliste** erleichtert es den Ärzten aus den 45.000 in Deutschland erhältlich Präparaten die richtigen auszuwählen. Homöopathische, anthroposophische und pflanzliche Arzneimittel werden dabei berücksichtigt. Wir fordern die Bundesländer auf, die Verabschiedung der Positivliste im nächsten Jahr nicht im Bundesrat zu blockieren.
- Es ist nicht einzusehen, warum dieselbe Behandlung in einem Krankenhaus mehr kosten muss als in ei-

nem anderen. Für die Behandlung im Krankenhaus wird daher bis 2003 ein pauschaliertes Preissystem eingeführt. Diese **leistungsorientierte**

Krankenhausvergütung führt nicht nur dazu, unwirtschaftliche Strukturen zu überwinden, auch das hierarchische Chefärztesystem wird im Sinne einer besseren Kooperation aller Krankenhausärzte und Pflegekräfte überwunden werden müssen.

- Mit dem Gebot zur **Qualitätssicherung** verpflichten wir die Krankenhäuser und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig über ihre Leistungen Rechenschaft abzulegen. Krankenkassen und Versicherte erhalten somit ein Instrument in die Hand, um die besten Einrichtungen auszuwählen.

Im Zentrum der aktuellen öffentlichen Debatte in der Gesundheitspolitik steht die Auseinandersetzung um die **Budgets** für Arznei- und Heilmittel, die ambulante ärztliche Vergütung und die Krankenhäuser. Unsere Absicht mit der Gesundheitsreform 2000 war, über ein übergreifendes Globalbudget dafür zu sorgen, dass z.B. bei einer Verlagerung von Leistungen vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich (ambulant vor stationär) oder bei veränderten Therapieformen (z.B. durch veränderten Arzneimitteleneinsatz) auch das notwendige Geld dahin gelangt, wo die Leistung erbracht wird. Diese Lösung, die auf die Zustimmung der Bundesländer angewiesen gewesen wäre, ist von CDU und FDP aus ideologischen Gründen verhindert worden. Die jetzige Teilbudgetierung kann keine Lösung auf Dauer sein. Gleichwohl tragen diese sogenannten sektoralen Budgets ganz erheblich dazu bei, vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu realisieren und mit den Mitteln der Beitragszahler bewußter und zielgenauer umzugehen.

Die praktische Arbeit mit den Budgets, die Zuweisung von Geldern an Arztgruppen und einzelne Ärzte, aber auch die Verteilung von Mitteln für Arznei- und Heilmittel ist allein Aufgabe der Selbstverwaltung. Auch im Jahr 2000 sind die zur Verfügung stehenden Mittel gestiegen, es steht also mehr Geld für die medizinische Versorgung der PatientInnen zur Verfügung. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stellen fest, dass ein Teil von Ärztesfunktionären aus ideologischen und politischen Gründen eine medizinisch sinnvolle Verteilung der Gelder eher blockiert, vor allem auch nichts tut, damit Budgets auch eingehalten werden können. Gerade beim Arznei- und Heilmittelbudget zeigt sich aber, dass in der überwiegenden Zahl der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland durch qualitätsorientiertes Handeln der Ärzteschaft die Budgets für eine medizinisch notwendige Versorgung ausreichen. Dort, wo dies nicht geschieht, tragen die Ärztesfunktionäre die Verantwortung dafür, dass alle Ärzte in diesen Regionen für Budgetüberschreitungen haften müssen. Diese innerärztliche Problematik auf dem Rücken der Patienten durch Streiks und eine Politisierung des Praxisalltags auszutragen, wird von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN verurteilt. Es kann in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr ausgegeben werden, als von den Beitragszahlern erbracht wird. Viele Konflikte entstehen, weil es zwischen den Ärzten Verteilungungerechtigkeiten gibt. Die durchschnittlichen Einkommen schwanken innerhalb

und zwischen den verschiedenen Ärztesgruppen. Die Spanne der durchschnittlichen Einkommen reicht von 150.000 Mark (Allgemeinmediziner) bis über 210.000 Mark (Orthopäden). Vorrangige Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist es nicht, einer über den Bedarf hinaus wachsenden Zahl von Ärzten das Einkommen zu sichern, sondern den Patienten ihre medizinische Versorgung. Bis 2003 werden wir das Zulassungsverfahren für Ärzte überarbeiten und weitere Maßnahmen ergreifen, damit Ärzte in integrierten Versorgungssystemen zusammenarbeiten und das Hausarztprinzip gestärkt wird. Dazu gehört es weiterhin, die Krankenhausplanung und ihre Finanzierung auf den Prüfstand zu stellen. Manch politisch motiviertes Großprojekt konterkariert sinnvolle und kostensparende Initiativen für wohnortnahe Krankenhäuser, die zugleich Gesundheitszentren sind.

Prävention

Auch im Bereich der **Prävention** hat sich unter grüner Verantwortung Entscheidendes getan:

- Die **Gesundheitsförderung** ist wieder in den Leistungsumfang der Kassen aufgenommen worden. Die alte Regierung hatte vereinzelt Missbrauch zum Anlass genommen, diese Maßnahmen ganz zu streichen.
- **Selbsthilfegruppen** werden gestärkt.
- Der **gesunden Ernährung** kommt eine Schlüsselrolle bei der Vermeidung von Krankheiten zu. Oft ist es nicht fehlender Wille, sondern der Mangel an Gelegenheit, der die Menschen von gesunden Produkten abhält. Durch Informationskampagnen haben wir verdeutlicht, dass bewußte Ernährung nicht nur gesund ist, sondern auch gut schmeckt. Voraussetzung für gesunde Lebensmittel ist ein **vorsorgender gesundheitlicher Verbraucherschutz**. Ehrlichkeit, Offenheit und Transparenz der Verbraucherinformation sind die Grundsätze unserer Verbraucherschutzpolitik. Gerade weil wir heute durch den internationalen Handel die Möglichkeit haben, die Lebensmittelvielfalt aus der ganzen Welt zu importieren, können nationale Maßnahmen allein einen effektiven Verbraucherschutz nicht gewährleisten. Wir setzen aber nicht länger wie die alte Regierung nur passiv um, was auf europäischer Ebene beschlossen wird, sondern gestalten die Verbraucherschutzpolitik auf EU-Ebene aktiv mit. Die ersten Erfolge sind sichtbar: Verbot von Weichmachern in Babyspielzeug, Verzicht auf antibiotische Futterzusatzstoffe, Kennzeichnung bestrahlter Produkte, Weißbuch der EU-Kommission zu Lebensmitteln.
- Wesentlich für eine präventionsorientierte Gesundheitspolitik sind Fragen der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen. Durch das **Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“** nehmen wir uns dieses Zusammenhangs ressortübergreifend an. Die hier bewährte Zusammenarbeit wollen wir auf andere Bereiche übertragen, wie zum Beispiel Verkehr, Landwirtschaft und Wirtschaft. Auch die Gesundheitserziehung muss in Deutschland verbindliches Bildungsziel werden.

Wir haben die **Patienten gestärkt**. Die Patientenrechte und der Patientenschutz wurden verbessert. So stehen zusätzliche Gelder für Verbraucher- und Patientenberatung zur Verfügung und die Krankenkassen unterstützen die Patienten bei Schadensersatzansprüchen und Behandlungsfehlern.

Auch in der **Drogenpolitik** sind wir neue Wege gegangen. Grüne Gesundheitspolitik hat dafür gesorgt, dass Süchtige nicht mehr als Kriminelle, sondern als Kranke behandelt werden. Durch die gesetzliche Absicherung von Drogenkonsumräumen und dem Modellprojekt der heroingestützten Behandlung haben sich die Therapiemöglichkeiten für Drogenabhängige deutlich verbessert. Weitere Akzente haben wir in der **Bio- und Gentechnik** gesetzt. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN setzen sich dafür ein, dass unverzüglich ein Forschungs- und Monitoringprogramm zur Bewertung der Risiken der grünen Gentechnik im Dialog zwischen Verbrauchern, Industrie und Politik entwickelt wird. Die Ausbringung von BT-Mais haben wir verhindert. Auf unsere Initiative hin wird sich die Bundesregierung auf europäischer Ebene für die Überarbeitung der Biopatentrichtlinie mit Blick auf die Probleme der Patentierbarkeit der Gene von Menschen, Tiere, Pflanzen und Mikroorganismen einsetzen. Mit dem Symposium zur Fortpflanzungsmedizin hat sich das Bundesgesundheitsministerium der Aufgabe gestellt, die ethischen Herausforderungen, die sich mit diesen Entwicklungen verbinden, zu diskutieren und den notwendigen Gesetzgebungsprozess vorzubereiten.

Union und FDP haben in den ersten zwei Jahren der Legislaturperiode vor allem mit Vorschlägen zur Abkehr vom System der solidarischen Krankenversicherung hervorgetan. Sinnvolle Verbesserungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitssystem (z.B. das Globalbudget) haben sie aus ideologischen Gründen abgelehnt. Ihr Ziel ist klar: Union und FDP wollen die solidarisch finanzierte Krankenversicherung aushöhlen und durch eine stärkere Privatisierung gesundheitliche Risiken auf den einzelnen abwälzen.

4. Aktuelle Vorhaben bis zum Ende der Legislaturperiode

In der ersten Hälfte der Legislaturperiode haben wir wichtige Weichenstellungen in den maßgeblichen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern vorgenommen. Für die zweite Hälfte der Legislaturperiode gilt es, die neuen Rahmenbedingungen in der Praxis wirksam werden zu lassen und darüber hinaus den Modernisierungsprozess in der Gesundheitspolitik weiter voranzutreiben. Wir sehen dabei folgende Schwerpunkte:

- **Aktionsplan Gesundheitsziele**

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Um zu mehr Gesundheit und gesundheitlicher Lebensqualität zu kommen, ist eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik nötig. Umweltbelastungen, gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz und durch Freizeitverhalten, psychosozialer Stress, soziale Benachteiligungen und Diskriminierungen stellen individuell nur schwer beeinflussbare Krankheitsauslöser dar. Deshalb muss eine gesundheitsförderliche Poli-

tik stärker als Querschnittsaufgabe ressortübergreifend in der Bundesregierung verankert werden. In unserer Gesellschaft mit den vielen unterschiedlichen Akteuren und Verantwortlichen für die Gesundheit der Menschen ist eine stärkere Ausrichtung des Handelns an gemeinsamen Gesundheitszielen notwendig. Gesundheitsziele für die großen Volkskrankheiten, für die Reduzierung gesundheitsschädlicher Lebensbedingungen und für die Beseitigung von Zugangsnachteilen zur Gesundheitsversorgung sind für die Grünen ein wichtiges Instrument. Gesundheitsziele haben den Effekt, bei den Bürgern die Bereitschaft und Fähigkeit zum gesundheitsförderlichen und präventiven Handeln zu stärken, bei den Gesundheitsberufen ein leitlinienorientiertes und erfolgsüberprüftes Handeln zu ermöglichen und der Politik Entscheidungshilfen bei gesundheitsrelevanten Fragestellungen zu geben. So kann es auch in Deutschland gelingen, bessere Erfolge, z.B. bei der Vermeidung ernährungsbedingter Erkrankungen, bei der Krebsbekämpfung (z.B. der Bekämpfung von Brustkrebs), der Diabetesvorsorge und -behandlung, der Reduzierung von Unfalltoten zu erreichen und der sozial ungleichen Verteilung von Krankheitsrisiken entgegenzuwirken. Wir schlagen einen nationalen Aktionsplan „Gesundheitsziele“ noch in dieser Legislaturperiode vor.

- **Reform des Risikostrukturausgleichs**

Die Wahlmöglichkeit der Versicherten hat die Krankenkassen unter Wettbewerbsdruck gesetzt. Strukturen werden überprüft, die Verwaltung gestrafft und Kosten eingespart. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN begrüßen diese Beiträge zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. Allerdings führt der Wettbewerb derzeit weniger zu einer Konkurrenz um das beste Angebot für Patienten, sondern eher zu einer Konkurrenz um gesunde Versicherte. Die derzeitigen Regelungen des Risikostrukturausgleichs müssen deshalb verbessert werden mit dem Ziel, mehr Wettbewerbsgerechtigkeit zwischen den Krankenkassen zu bekommen. Beitragsunterschiede im Kas senwettbewerb sollen nicht durch Risikoselektion bei Versicherten sondern durch Wirtschaftlichkeit bei Organisation und Krankenbehandlung begründet sein. Im Januar 2001 wird ein Gutachten zur Reform des Risikostrukturausgleichs vorliegen, welches Grundlagen für die Reform des Risikostrukturausgleichs liefert. Mit der Reform wollen wir Anreize geben, damit die Kassen nicht nur mit niedrigen Beitragsätzen, sondern auch mit guten Versorgungsangeboten für Patienten (z.B. chronisch Kranke) konkurrieren.

- **Senkung der Lohnnebenkosten unter 40%**

SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben sich im Koalitionsvertrag das gemeinsame Ziel gesetzt, die Lohnnebenkosten bis zum Ende der Legislaturperiode auf unter 40 Prozent zu senken. Bisher ist ein Prozent geschafft, d.h. weitere Anstrengungen müssen folgen. Die Gesundheitsreform hat einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Beiträge geleistet. Sie hat finanzielle Spielräume eröffnet, um zusätzli-

che, nicht geplante, Belastungen für die Krankenversicherung auffangen zu können. Allerdings sind diesen Reserven Grenzen gesetzt, will man die Beitragsstabilität nicht gefährden. Für 2001 und 2002 zeichnen sich folgende zusätzliche Belastungen für die Krankenversicherung ab:

- Die von der Regierung beabsichtigte Änderungen der Bemessungsgrundlage für die Empfänger von Arbeitslosenhilfe entlasten den Etat von Arbeitsminister Riester, führen aber zu Belastungen der Krankenkassen um 1,2 Milliarden Mark.
- Die geplante Reform der Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente kann zu einer Kostenverschiebung von der Renten- in die Krankenversicherung von 1 Milliarde Mark führen.
- Das Bundesverfassungsgericht hat die Regelung der alten Regierung zur Beitragspflicht von Einmalzahlungen für verfassungswidrig erklärt. Durch rückwirkende Ansprüche kommen auf die Krankenkasse einmalige Ausgaben von 1 Milliarden Mark und dauerhaft 200 Millionen Mark zu.
- Ebenfalls verfassungswidrig war die unterschiedliche Bemessungsgrundlage für freiwillig und gesetzlich krankenversicherte Rentner. Je nach Umsetzung des Urteils ergibt sich eine Belastung von 400 Millionen Mark oder eine Entlastung von 600 Millionen Mark für die Krankenversicherung.

Das sind Belastungen der Krankenversicherung fast vier Milliarden Mark, die sich entweder aus verfassungswidrigen Gesetzen von Union und FDP ergeben oder aber aus Reformmaßnahmen der rot-grünen Regierung. Die Rentenreform bringt auch mittel- und langfristig weitere Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung in nicht unerheblicher Höhe.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wollen zusammen mit der SPD das Ziel der Senkung der Lohnnebenkosten unter 40 Prozent erreichen. Beitragssenkungen und Reformen in einem System (z.B. bei der Rente) zu Lasten eines anderen Systems sind ein Nullsummenspiel. Auf Verschiebebahnhöfen kommt man nicht weiter. Für Bürger und Unternehmen ist die Gesamtbelastung entscheidend.

Es ist daher unerlässlich, dass sich die Koalitionspartner verständigen, auf welchem Weg sich das gemeinsame Ziel erreichen lässt. Kranken- und Pflegeversicherung erhalten im Gegensatz zu Renten- und Arbeitslosenversicherung keinen Zuschuss aus dem Bundeshaushalt. Zusätzliche Belastungen wirken sich somit unmittelbar auf die Beitragsstabilität aus. Wie bei der Rentenversicherung muss die Koalition eine gemeinsame Anstrengung unternehmen, um die Beitragssätze zu stabilisieren.

Aus diesem Grund müssen die geplanten Vorhaben zur Änderung der Bemessungsgrundlage für die Empfänger von Arbeitslosenhilfe, die konkrete Ausgestaltung der Reform der Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente und die Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur unterschiedlichen Bemessungsgrundlage für freiwillig und

gesetzlich krankenversicherte Rentner auf den Prüfstand. Neben der Einnahmenseite muss aber auch die Ausgabenpolitik durch die Kassen und Ärzteschaft sowie die Krankenhäuser im Blick behalten werden.

Selbstverständlich sind wir im Rahmen der Gespräche in der Koalition offen für weitere Vorschläge, die zur Verwirklichung der rot-grünen Zielsetzung beitragen können.

- **Überprüfung des Leistungskatalogs**

Anders als CDU und FDP halten wir daran fest, dass es auch in Zukunft einen Leistungskatalog geben muss, der alle medizinisch notwendigen Leistungen enthält. Damit dies auch in Zukunft leistbar ist, ist eine kritische Überprüfung des Leistungsumfangs dahingehend nötig, dass Überflüssiges, Fragwürdiges und Wünschenswertes zugunsten des medizinisch notwendigen aus dem Leistungskatalog gestrichen werden. Versicherten können dann entsprechende Wahlangebote oberhalb der medizinisch notwendigen Versorgung gemacht werden.

- **Aufwertung der Pflege**

Die Pflege hat sich in den letzten Jahren zu einem eigenständigen Aufgabengebiet entwickelt. Dieser Entwicklung wollen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN durch eine Aufwertung der Pflege Rechnung tragen, z.B. durch einen stärkeren Einfluss in der Selbstverwaltung und bei anderen wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen. Eine Reform der Krankenpflegeausbildung hin zu einer integrierten Ausbildung ist in diesem Zusammenhang notwendig.

- **Pflegeversicherung**

Im Bereich der Pflegeversicherung werden wir die Schutz- und Selbstbestimmungsrechte von Pflegebedürftigen stärken. Mehr Qualität in den Pflegeeinrichtungen und mehr Transparenz ihrer Leistungen und Kosten sowie besserer Verbraucherschutz sind deshalb unabdingbar. Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und die Novellierung des Heimgesetzes sind hierzu ein wesentlicher Schritt. Vor allem die zunehmende Zahl von Demenzkranken stellt uns vor neue Herausforderungen. Hier ist auch die Pflegeversicherung gefordert, ihren Beitrag zu leisten. Deshalb unterstützen wir die Überlegungen des Bundesgesundheitsministeriums 500 Millionen Mark jährlich für bessere Hilfe für Demenzkranke und ihre Angehörigen zu verwenden. Tagespflegeangebote, die Förderung von freiwilliger Betreuungsarbeit und eine bessere Beratung der Angehörigen sind daher entscheidende Bausteine.

- **Chancen und Risiken der Bio- und Gentechnologie**

Die Möglichkeiten der neuen Biotechnologien stellen eine der größten Herausforderungen für die Gesellschaft und insbesondere für die Gesundheitspolitik dar. Angesichts der vielfältigen Befürchtungen und Potentiale ist eine breite gesellschaftliche Debatte unerlässlich. Die Grünen waren in den 80er Jahren mit die ersten, die sich dieser Problematik angenommen haben. Die Chancen der Bio- und Gentechnologie zur Linderung von Krankheit wollen wir nutzen. Allerdings thematisieren wir auch die Risiken und

hinterfragen die größtenteils vorschnellen Glücks- und Heilsversprechen. Genetische Diskriminierungen durch die Anwendung von prädiktiven Gentests müssen verhindert werden.

Auch und gerade weil in die Bio- und Gentechnik derzeit sehr viel privates Kapital fließt, ist es Aufgabe von Politik durch staatliche Mittel für finanziell weniger gut ausgestattete Forschungsrichtung Forschungsppluralität zu wahren.

Nicht alles was machbar ist, muss auch gemacht werden. Die jüngsten Entwicklungen wie die Entschlüsselung des Genoms, Patente auf Leben und verbrauchende Forschung an Embryonen stellen neue ethische Fragen an unsere Gesellschaft und die Art wie wir leben wollen. Insbesondere die Präimplantationsdiagnostik birgt die Gefahr des Menschen nach Maß. Weder ein blinder Fortschrittsglaube noch ein kategorisches Nein zu allem Neuen geben hier die richtigen Antworten.

5. Zukünftige Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

In der kommenden Legislaturperiode geht es zunächst darum, die eingeleiteten Reformschritte zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, zur Stärkung der Kooperation zwischen den Sektoren und zum Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung fortzuführen.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehen darüber hinaus für die nächste Legislaturperiode den Bedarf für weitere strukturelle Reformen unseres Gesundheitssystems. Wenn wir die Qualität und die Solidarität unseres Gesundheitssystems angesichts der Herausforderungen, die sich z.B. durch die demografische Entwicklung stellen, bewahren bzw. steigern wollen, dann geht das nur mit weiteren Reformen.

Es geht um die richtige Balance zwischen Markt, Selbstverwaltung und Staat im Gesundheitswesen. Qualität und Wirtschaftlichkeit sind nur zu erreichen, wenn die Selbstverwaltungsstrukturen dazu auch bereit und in der Lage sind. Wettbewerb kann nur funktionieren, wenn die Transparenz des Systems gesteigert wird. Die solidarische Finanzierung unseres Gesundheitswesens kann mittelfristig nur aufrechterhalten werden, wenn die sich abzeichnende Lücke auf der Einnahmenseite geschlossen werden kann. Die Verbesserung der Prävention kann nur vorangetrieben werden, wenn die Patienten weiter gestärkt werden und wenn sich Prävention für alle Akteure im Gesundheitswesen lohnt. Das gilt auch für andere Strukturen der Versorgungsformen wie das Hausarztprinzip und die Vernetzung der Patientenversorgung zwischen den niedergelassenen Ärzten, zwischen ambulant und stationär, mit den anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung wie beispielsweise der Heil- und Pflegeberufe.

Alle Parteien haben eine gemeinsame Verantwortung für den weiteren Reformprozess unseres Gesundheitswesens. Bei der Gesundheitsreform 2000 hat die CDU wichtige Teile der Reform durch ihre Bundesratsmehrheit blockiert. Wir fordern die CDU auf, diese Blockade-

haltung aufzugeben. Nur so können wichtige Reformen wie z.B. die Reform der Selbstverwaltung oder auch der Krankenhausplanung, umgesetzt werden.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wollen eine breite öffentliche Diskussion um die weitere Reform unseres Gesundheitswesens. Die dauerhafte Sicherung und Verbesserung von Prävention, Solidarität sowie Qualität und Wirtschaftlichkeit ist unser Ziel.

Wir treten dafür ein, noch in dieser Legislaturperiode eine Kommission einzurichten, die mittelfristige Reformschritte unseres Gesundheitswesens diskutieren und vorschlagen soll. Dies kann nicht allein der Selbstverwaltung überlassen bleiben. Die politisch Verantwortlichen müssen hier ebenso einbezogen sein, wie Vertreter der Patientinnen und Patienten. Dabei geht es um

- die zukünftige Sicherung der finanziellen Basis der Krankenversicherung, bei der insbesondere die Beitrags- und Generationengerechtigkeit angemessen berücksichtigt werden muss.

Die Zahl älterer Menschen wächst, während die Zahl der Arbeitskräfte und damit der leistungsstarken Beitragszahler im Verhältnis sinkt. Deshalb müssen in dieser Kommission alle Lösungsvorschläge geprüft werden, die mittelfristig diese Lücken schließen können. Öffentlich wurden von verschiedener Seite folgende Überlegungen genannt:

- Ausweitung des Kreises der Beitragszahler, z.B. durch Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze
 - Berücksichtigung aller Einkommensarten
 - Befreiung der Krankenversicherung von versicherungsfremden Leistungen (Sterbegeld, Mutterschaftsgeld) durch Übernahme dieser Leistungen durch den Bund
 - Schrittweise Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten, die keine Erziehungs- oder Pflegeleistungen übernehmen
 - Ergänzung der Einnahmenseite, z.B. durch wertschöpfungsbezogene Komponenten
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN machen sich derzeit keinen dieser Vorschläge zu eigen, sondern wollen die geforderte Prüfung unterstützen und sind deswegen auch für weitere Vorschläge offen.
- die stärkere Nutzung wettbewerblicher Strukturen. Versicherte und Patienten müssen die Wahl haben zwischen verschiedenen Versicherungsstrukturen. Auf der Grundlage eines solidarisch finanzierten Katalogs der medizinisch notwendigen Leistungen können sie auch darüber hinaus gehende Leistungen wählen. Im Unterschied zu CDU und FDP halten wir auch für die Zukunft ausdrücklich daran fest, dass es einen Leistungskatalog geben muss, der alle medizinisch notwendigen Leistungen enthält. Auf Basis des definierten Mindestumfangs kann dann ein Wettbewerb um bestimmte Versorgungspakete für bestimmte Versicherungsgruppen stattfinden.
 - Pflegeversicherung
- Hier geht es auch um die Frage, ob bei weiterer gesetzlicher Deckelung der Pflegeversicherung auf 1,7 Prozent die gestiegenen Anforderungen im Pflegebereich erfüllt werden können.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stehen für die Modernisierung unseres Gesundheitswesens. Reformen sind eine Daueraufgabe der Gesundheitspolitik. Sie müssen die Patienten stärken, den Präventionsgedanken vorantreiben und Qualität und Wirtschaftlichkeit durchsetzen.

Wenn wir ein gerechtes und solidarisches Gesundheitswesen auch in Zukunft haben wollen, müssen wir es erneuern. Gesundheitspolitik in diesem Sinne ist grün.

Nevirapine für Afrikas Babys?

Reichen Medikamentenspenden im Kampf gegen AIDS?

Die Debatte um den Zugang der Armen zu lebenswichtigen Medikamenten spitzt sich zu. Und die Pharmaindustrie reagiert: Sie kündigt Preissenkungen für AIDS-Medikamente an oder will diese gar kostenlos anbieten. Doch die großzügigen Versprechungen dienen auch den wirtschaftlichen Interessen der Industrie, die ihre Märkte langfristig sichern möchte.

von Claudia Jenkes

Der deutsche Pharma-Konzern Boehringer Ingelheim will fünf Jahre lang das Medikament Nevirapine (Viramune®) für Afrika kostenlos zur Verfügung stellen, um die Mutter-Kind-Übertragung von AIDS zu bekämpfen. Das Präparat werde über 20.000 Kindern jährlich das Leben retten, so heißt es.(1) Denn AIDS ist in Afrika eine Haupttodesursache bei Kindern unter fünf Jahren. Eine einzige Dosis jeweils für Mutter und Kind reduziert die Übertragung des HIV-Virus auf die neugeborenen Kinder deutlich. Die Medikamentenkosten für eine Behandlung zu Marktbedingungen liegen bei acht Mark. Boehringers Partner für die Durchführung des Hilfsprogramms ist das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Ob und wie sich das Ministerium an der Durchführung des Spenden-Projektes beteiligen wird, ist bislang aber nicht entschieden.(2) Bislang gibt es nur eine Machbarkeitsstudie der für die technische Umsetzung von staatlicher Entwicklungshilfe zuständigen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ). Die GTZ hält nach wie vor Prävention für die wichtigste Maßnahme zur Bekämpfung von AIDS. Der zusätzliche Einsatz von Nevirapine sei nur sinnvoll, wenn eine minimale Gesundheitsinfrastruktur gewährleistet werden kann, wie z.B. ausreichend ausgebildete MitarbeiterInnen und AIDS-Tests. Für drei GTZ-Projekte, die innerhalb von drei Jahren gut 8.000 HIV-positive Mütter erreichen würden, ermittelt die Fachinstitution Kosten von sechs Millionen DM für den rationalen Einsatz von Nevirapine. Dabei macht der Anteil, den die Tabletten kosten, ganze 1,2% (69.000 DM) aus.(3)

Faire Preise statt Arzneimittel-Spenden

AIDS-Medikamente sind zu teuer. Daran ändern auch punktuelle Spenden nichts. Die Dritte Welt hat Anspruch auf bezahlbare Arzneimittel. Deshalb geht die Spende von Boehringer in die falsche Richtung. Und sie droht die Politik der Bundesregierung negativ zu beeinflussen. Mit beiliegenden Protestbriefen können Sie selbst Einfluss nehmen.

Vergleicht man diese Relationen, scheint der PR-Rummel, den Boehringer Ingelheim um seine Spende macht, ein we-

nig überzogen. Jedenfalls ist der Druck auf das Ministerium enorm, seine Gesundheitsprogramme wegen dieser ungleichen Partnerschaft zu verändern. Wie soll der Einsatz von Nevirapine finanziert werden? Es ist anzunehmen, dass die Mittel an anderer Stelle fehlen, z.B. bei der AIDS-Prävention, die bei gleichem Aufwand viel mehr AIDS-Fälle verhindern kann.

AIDS-Medikamente auch für Gesunde?

Die Gesundheitsministerien des südlichen Afrika, deren Länder die höchsten Infektionsraten verzeichnen, reagieren denn auch verärgert auf die Offerte Boehringer Ingelheims. Sie seien von dem Angebot weder vorher unterrichtet worden, noch sei ihnen bekannt, welche Bedingungen daran geknüpft seien. Carl-Heinz Pommer, Produktmanager von Boehringer, ließ die Kritik nicht gelten: Man könne nicht jedes Land einzeln vorher befragen. "Ob eine Regierung unser Angebot annehmen will, muss sie selbst entscheiden."(4) Gerade weil die Spende aber in keine nationalen Gesundheitsprogramme eingebunden ist, stellt sie die Empfängerländer vor enorme Schwierigkeiten. Es bleibt völlig ungeklärt, wie das Medikament flächendeckend die medizinischen Einrichtungen erreichen soll, wer das Personal in der Anwendung schult, wie gesicherte Daten über den Erfolg des Programms gewonnen werden können und letztendlich auch, wer das Medikament erhalten soll. Da Nevirapine nur unter ärztlicher Betreuung verabreicht werden kann, wird man vorwiegend Schwangere in den Städten behandeln können. Denn auf dem Land ist das Gesundheitssystem vielerorts völlig zusammengebrochen.(5) Selbst in Krankenhäusern sind jedoch routinemäßige AIDS-Tests oft nicht finanzierbar. Etwa 30% aller schwangeren Frauen im südlichen Afrika sind mit AIDS infiziert. Etwa ein Drittel ihrer Kinder stecken sich bei ihrer Geburt an.

Einige Forscher empfehlen, allen Schwangeren das Medikament zu verabreichen, also es auch nicht-infizierten Frauen zu geben. Dies sei die kostengünstigste und effektivste Lösung.(6) Boehringer Ingelheim verhält sich dazu ambivalent. Einerseits nimmt die Firma bei der öffentlichen Ankündigung der Arzneimittelspende ausdrücklich auf eine Stu-

die Bezug, der den Einsatz von Nevirapine auch bei nicht-infizierten Müttern vorsieht,(7) andererseits versicherte die Firma gegenüber der GTZ, dass nur HIV-positive Mütter Nevirapine erhalten sollen.(3)

Würde das Medikament zu solchem Masseneinsatz kommen, würden überwiegend gesunde Mütter das Medikament verabreicht bekommen, womöglich ohne deren Einverständnis.(8) Dabei ist noch nicht abzusehen, welche Langzeitwirkungen das Mittel auf gesunde Babys haben kann. Nevirapine wird sehr schnell absorbiert und gelangt über die Plazenta ins Blut des Kindes. Das Medikament geht auch in die Muttermilch über. Ein weiteres Problem ist die mögliche Resistenzentwicklung bei Mutter und Kind, da auch die einmalige Gabe dazu führen kann, dass das Medikament nicht mehr wirkt.(9)

Schwere Nebenwirkungen

Wie alle Anti-AIDS-Medikamente hat auch Nevirapine schwere unerwünschte Wirkungen. Die europäische Zulassungsbehörde warnt vor potenziell tödlich verlaufenden Haut- und Leberschäden. Auf Grund der steigenden Zahl von Berichten, insbesondere über Leberentzündungen, wurden Fach- und Gebrauchsinformation des Mittels in Europa verschärft.(10) In Europa und den USA ist Nevirapine zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung nicht zugelassen. Der Medicines Control Council of South Africa überprüft derzeit noch die Zulassung. Für die Unternehmensgruppe Boehringer würde der großflächige Einsatz von Viramune® einen riesigen Medikamententest bedeuten.

Dennoch ist Nevirapine ein vielversprechendes Medikament. Es steht auf der WHO Liste der unentbehrlichen Medikamente zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung des HIV-Virus. Die WHO betont aber, dass die Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV mehr beinhaltet als die Gabe eines Medikaments: Medizinische Beratung, Tests und Unterstützung von Müttern und Kindern sowie Ernährungsberatung seien ebenfalls notwendig.(11)

Tödliche Preise

In Afrika südlich der Sahara leben 70 % aller mit AIDS infizierten Menschen. 290 Millionen Menschen auf dem afrikanischen Kontinent müssen mit einem Dollar täglich auskommen. Die monatlichen HIV-Behandlungskosten von rund 800 \$ sind für sie ein tödlicher Preis. Die Konzerne argumentieren, AIDS-Medikamente müssten so teuer sein, um die enormen Forschungskosten zu refinanzieren. Fakt ist aber, dass viele dieser Medikamente mit öffentlichen Mitteln erforscht wurden. Auch die klinischen Studien zur Anwendung von Nevirapine gegen die Mutter-Kind-Übertragung wurden mit öffentlichen Geldern des US National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) finanziert.(8) Die Forschungs- und Entwicklungskosten sind für die Unternehmen oft minimal.(12) Die Firmen erzielten dagegen teilweise innerhalb weniger Jahre Milliardengewinne mit AIDS-Medikamenten. (13) Zugleich gibt es riesige Preisunterschiede zwischen einzelnen Ländern: Für denselben Betrag, mit dem das brasilianische Gesundheitssystem 1.000 AIDS PatientInnen behandelt, kann die ugandische

Regierung nur 228 Erkrankte medizinisch versorgen. Und während Nevirapine in Uganda 4,7 US\$ kostet, ist es in Indien als generisches Mittel der Firma Cipla für 2,1 US\$ erhältlich. (14)

Konkurrenzlos übersteuert

Gerade in afrikanischen Ländern sind die Preise für AIDS-Medikamente besonders hoch und übersteigen sogar vielfach den Preis in Europa. AIDS-AktivistInnen schmuggelten Fluconazole-Tabletten zur Behandlung AIDS-bedingter Infektionskrankheiten aus Thailand nach Südafrika, um auf die überhöhten Medikamenten-Preise aufmerksam zu machen. Während das hochwertige generische Produkt aus Thailand nur 1,78 Rand pro Tablette kostet, zahlen AfrikanerInnen für das Pfizer-Medikament in der Apotheke 124,84 Rand.(15) In Südafrika ist Fluconazole patentgeschützt. Darum kann die Firma Pfizer hier konkurrenzlos hohe Preise fordern. In Thailand dagegen ist das Präparat nicht geschützt und kann generisch nachproduziert werden. (16) Auch dem Land Südafrika stünde diese Option offen. Allerdings hat die Regierung die Option von Zwangslizenzen, die das internationale Handelsabkommen zum Schutz des geistigen Eigentums (TRIPS) bietet, trotz eines entsprechenden Gesetzes bisher nicht ausgeschöpft.

Durch nationale Gesetzgebung können Länder im Falle eines Gesundheitsnotstandes Zwangslizenzen auf unentbehrliche Arzneimittel vergeben und diese als generische Arzneimittel durch andere Firmen produzieren lassen. Das ermöglicht den Aufbau regionaler Märkte und einer nationalen Pharma-Industrie. Auch Parallelimporte, also Einkäufe in anderen Ländern, wo das gleiche Marken-Medikament billiger angeboten wird, sind möglich. Doch wirtschaftliche Abhängigkeiten und Unkenntnis der TRIPS-Ausnahmeklauseln verhindern deren Anwendung. Im Falle Südafrikas erzwangen nicht zuletzt politischer Druck der USA und Klagen von Pharmakonzernen aus den US, Großbritannien und Deutschland (Boehringer Ingelheim) Zurückhaltung.(17)

Andere Länder gaben noch weiter nach: Westafrikanische Staaten ermöglichten den Patentschutz für Arzneimittel vorzeitig und schränkten ihre eigenen Möglichkeiten weiter ein, als das TRIPS verlangt.(18)

Ablenken von verbürgten Rechten

Die Großen im Pharmageschäft lehnen Zwangslizenzen bisher strikt ab. Boehringer Ingelheim bezeichnete die in TRIPS verbürgten Ausnahmeklauseln schlichtweg als "Enteignungen".(19) Pharmakonzerne nutzen Preisreduktionen auf Arzneimittel oder Medikamentenspenden als erfolgreiche Strategie, um die Weltöffentlichkeit von ihrer Großzügigkeit zu überzeugen, ein atemberaubendes Medienecho zu erzeugen und von verbürgten Rechten armer Länder abzulenken. Ein bisschen Wohltätigkeit ist aber nicht genug. Allein Zwangslizenzen oder Parallelimporte können langfristig den Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten zu bezahlbaren Preisen sicherstellen. Das gilt auch für Nevirapine als lebensverlängerndes Medikament für HIV-positive Erwachsene.

- 1) E. Wood et al, Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2000, 355, p. 2095-100
 - 2) Dem BMZ stehen für das Jahr 2000 100 Millionen Mark zur AIDS-Bekämpfung in den Ländern der Dritten Welt zur Verfügung. (Bundesministerin Wieczorek-Zeul: "AIDS-Bekämpfung ist Hauptthema der gesamten deutschen Entwicklungszusammenarbeit". Pressemitteilung des BMZ v. 12.7.2000)
 - 3) Kordula Schulz-Asche, A case of partnership? The German Government / Boehringer Ingelheim partnership on AIDS. Präsentation bei dem HAI Europe/BUKO Seminar Public Private Partnerships: Meeting Real Health Needs?, Heze, Kapellerput (NL), 3.11.2000
 - 4) Kordula Doerfler: Therapie ist in Afrika ein Privileg. *taz* 14.7.2000.
 - 5) Vorbeugen durch Aufklären. *Süddeutsche Zeitung* 15.7.2000.
 - 6) Elliot Marseille et al, Cost effectiveness of single-dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in Sub-Saharan Africa, *Lancet* 354, 1999, p. 803-809
 - 7) Boehringer Ingelheim Offers Viramune (R) (nevirapine) Free of Charge to Developing Economies for the Prevention of HIV-1 Mother to child Transmission. Press release 7. July 2000. www.boehringer-ingelheim.com/corporate/asp/archive/adetail.asp?ID=101
 - 8) Researchers Identify a Simple, Affordable Drug Regimen that is highly Effective in Preventing HIV Infection in Infants of Mothers With the Disease. Press Release, Department of Health and Human Services, 14.7.1999.
 - 9) Stephanie Clark, Hope for prevention of mother-to-child transmission of HIV, *Lancet* 356, 2000, p. 315-322
 - 10) Lebensbedrohliche Haut- und Leberschäden unter Nevirapin (Viramune). *arznei-telegramm* Nr. 5/2000, S. 48.
 - 11) Preventing Mother-to-Child HIV Transmission, Joint WHO/UNAIDS Press Release 25 October 2000
 - 12) Die Entwicklung dieser Medikamente wurde größtenteils von Universitäten und der US- Regierung finanziert. (vgl. Activist response to Boehringer Ingelheim's drug donation announcement, 8.7.2000. www.actupny.org/reports/durban-Boehringer.html)
 - 13) siehe Tabelle im *Pharma-Brief* 4/2000, S.2.
 - 14) Campaign for Access to Essential Medicines/ MSF: HIV/AIDS medicines pricing report. Setting the objectives: is there a political will?, S. 2, 28
 - 15) 7,5 Rand entsprechen ungefähr einem US\$
 - 16) Activists import generic fluconazole into South Africa. *e-drug* vom 19.10.2000
 - 17) USA gegen südafrikanische Medikamenten-politik *Pharma-Brief* 6/1998, S. 8
 - 18) Das Bangui-Abkommen schafft vorzeitig Bedingungen, die für die ärmsten Länder nach WTO-Richtlinien erst ab 2006 gelten müssten: einen 20jährigen Patentschutz statt des derzeit 10jährigen. (Bangui Agreement on implementation of TRIPS. *e-drug* vom 12. und 15.5.2000)
 - 19) So geschehen in der Sendung Kennzeichen D (ZDF) vom Oktober 2000
- Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigung der Autorin und des Herausgebers - PHARMA-BRIEF Nr. 8/2000 Rundbrief der BUKOPharma-Kampagne**

.....
.....
.....

**BMZ
Frau Ministerin Wieczorek-Zeul
Stresemannstr. 92
11055 Berlin**

Datum:

Sehr geehrte Frau Wieczorek-Zeul,

in Zusammenarbeit mit dem BMZ hat Boehringer Ingelheim angekündigt, das AIDS-Medikament Nevirapine (Viramune .) in einem auf fünf Jahre angelegten Spendenprogramm für einige afrikanische Länder bereitzustellen. Gegen diese Art von selektiven Arzneimittelspenden haben wir große Bedenken:

- Boehringer Ingelheim stellt Nevirapine nur für die Mutter-Kind-Übertragung kostenlos bereit. Die erkrankte Mutter hat keine Chance das lebenserhaltende Medikament zu einem erschwinglichen Preis zu erhalten. Die Mütter der geretteten Kinder sterben an AIDS und lassen die Kleinen als Waisen zurück. Nevirapine auch Erwachsenen aus armen Ländern verfügbar zu machen, verweigert der Konzern.
- Boehringer Ingelheims Ankündigung erwähnt nicht einmal die Notwendigkeit, ihre Aktion mit einem besseren Zugang aller Erkrankten zu AIDS-Medikamenten zu verbinden. Karitativ lässt Boehringer Ingelheim ein paar wenigen Auserwählten Arzneimittelspenden zukommen und verhindert so gleichzeitig das Menschenrecht Aller auf den gleichen und freien Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln.
- Tatsächlich könnten die lebensrettenden Medikamente zu einem Bruchteil des gegenwärtigen Preises hergestellt werden. Das internationale Handelsabkommen TRIPS gestattet im Falle eines Gesundheitsnotstandes, unentbehrliche patentgeschützte Medikamente mit einer Zwangslizenz zu belegen (§ 31). Arme Länder könnten diese lebenswichtigen Arzneimittel dann selbst produzieren lassen und den Kranken zu akzeptablen Kosten zugänglich machen. Mit Arzneimittelspenden oder „freiwilligen“, geringfügigen Preisnachlässen konnte die Pharmaindustrie bisher erfolgreich verhindern, dass arme Länder die vorgesehenen Ausnahmeregelungen anwenden. Die Partnerschaft des BMZ mit Boehringer Ingelheim bestärkt den Konzern in diesem Vorgehen.

Wir möchten Sie bitten, Ihre Partnerschaft mit Boehringer Ingelheim noch einmal kritisch zu überdenken und darauf hinzuwirken, dass arme Länder Zwangslizenzen im Kampf gegen lebensbedrohliche Krankheiten anwenden.

Mit freundlichen Grüßen

Diese Aktion für eine bessere Gesundheitsversorgung der Dritten Welt wurde von der Pharma-Kampagne des Bundeskongresses entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO) und Germanwatch initiiert.

Weitere Informationen:

BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Tel. 05 21 - 6 05 50, Fax -6 37 89 bukopharma@compuserve.com
www.epo.de/bukopharma/

.....
.....
.....

**Boehringer Ingelheim
Geschäftsführung
Binger Str. 173
55216 Ingelheim**

Datum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

Boehringer Ingelheim hat angekündigt, das AIDS-Medikament Nevirapine (Viramune .) in einem auf fünf Jahre angelegten Spendenprogramm für einige afrikanische Länder bereitzustellen. Gegen diese Art von Arzneimittelspenden haben wir große Bedenken:

- Boehringer Ingelheim stellt Nevirapine nur für die Mutter-Kind-Übertragung kostenlos bereit. Die erkrankte Mutter hat keine Chance das lebenserhaltende Medikament zu einem erschwinglichen Preis zu erhalten. Die Mütter der geretteten Kinder sterben an AIDS und lassen die Kleinen als Waisen zurück. Nevirapine auch Erwachsenen aus armen Ländern verfügbar zu machen, verweigert Ihr Konzern.
- Boehringer Ingelheims Ankündigung erwähnt nicht einmal die Notwendigkeit, Ihre Aktion mit einem besseren Zugang aller Erkrankten zu AIDS-Medikamenten zu verbinden. Karitativ lässt Boehringer Ingelheim ein paar wenigen Auserwählten Arzneimittelspenden zukommen und verhindert so gleichzeitig das Menschenrecht Aller auf den gleichen und freien Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln.
- Tatsächlich könnten die lebensrettenden Medikamente zu einem Bruchteil des gegenwärtigen Preises hergestellt werden. Das internationale Handelsabkommen TRIPS gestattet im Falle eines Gesundheitsnotstandes, unentbehrliche patentgeschützte Medikamente wie Nevirapine mit einer Zwangslizenz zu belegen (§ 31). Arme Länder könnten diese lebenswichtigen Arzneimittel dann selbst produzieren und diese Medikamente der Bevölkerung zu einem akzeptablen Preis zur Verfügung stellen. Mit Arzneimittelspenden oder „freiwilligen“, geringfügigen Preisnachlässen konnte die Pharmaindustrie bisher erfolgreich verhindern, dass arme Länder die vorgesehenen Ausnahmeregeln anwenden.

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Wir fordern Sie auf, Zwangslizenzen nicht länger zu blockieren: Setzen Sie sich dafür ein, dass unentbehrliche Arzneimittel allen Menschen zu erschwinglichen Preisen zur Verfügung stehen!

Mit freundlichen Grüßen

Diese Aktion für eine bessere Gesundheitsversorgung der Dritten Welt wurde von der Pharma-Kampagne des Bundeskongresses entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO) und Germanwatch initiiert.

Weitere Informationen:

BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld, Tel. 05 21-6 05 50, Fax -6 37 89 bukopharma@compuserve.com
www.epo.de/bukopharma/

Zweifelhafter Service in Umweltapotheken

Köln (W. S.). Immer häufiger treten Apotheken als Umweltmessstationen auf. Dabei verfehlen viele die Qualitätskriterien der Verbraucher-Zentrale NRW. Deren Öko-Fachleute kritisieren: „Panikmache verunsichert oftmals die Konsumenten.“

Apotheken offerieren eine neue Serviceleistung: „die Milieusanierung“. Wer Schadstoffe in Wohnung oder Leitungswasser vermutet, wer Nebenwirkungen elektromagnetischer Felder oder Schwermetalle in der Gartenerde befürchtet, dem wird die Devise eingebläut: „Fragen Sie Ihren Umweltapotheker“. Der habe „das passende Untersuchungsprogramm, mit dem sich fast alle bekannten Schadstoffemissionen nachweisen und beseitigen lassen“. Schon 125 Pillenverkäufer bekennen sich zur „Philosophie der ganzheitlichen Pharmazie“ der Arbeitsgemeinschaft aktiver Umwelt-Apotheker (AAU) in Erlangen. Der Verband („Messen heißt die Devise!“) hofft auf die Bereitschaft der Bundesbürger „zur Investition in ein intaktes Umfeld“.

„Um Aufträge allerdings werben die Apotheker mit äußerst fragwürdigen Methoden“, moniert Dr. Joachim Dullin, Umweltextperte der Verbraucher-Zentrale NRW. Sein Vorwurf: Panikmache in Broschüren und Werbematerialien. Die beanstandeten Aussagen bezeichnet AAU-Pressesprecher Thomas Stiegler als „veraltet“. Anders sehen das offenbar Umweltapotheker in Köln und Mönchengladbach. Sie verteilten die Prospekte noch im Juni. Beispiel Wohngifte. Da wird aufgelistet, wann „auf jeden Fall“ eine Raumluftuntersuchung fällig sei: bei „ständiger Müdigkeit“, bei „Reizungen der Haut“, bei „Heuschnupfen“ und „Kopfschmerzen“ wie bei „unspezifischer Überempfindlichkeit“.

Den Umweltcheck in der Apotheke solle auch vornehmen lassen, wer „in Neubau oder renovierter Wohnung“ lebe, wessen Nachbar renoviere, wer „neue Teppiche oder andere Einrichtungsgegenstände“ angeschafft habe, wer daheim mit „scharfen Reinigungsmitteln“, mit „Duftsprays oder Möbelpolitur“ hantiere. Insgesamt 18 Gründe für eine Analyse in der Umweltapotheke führen die Pharmazeuten auf. Danach müsste fast jeder Bundesbürger die selbsternannten Öko-Experten schon allein zu Wohngiften befragen - und dafür zwischen 159 und 325 Mark bezahlen. Doch das Geld lässt sich oftmals sparen - indem zunächst nach anderen Ursachen für die Beschwerden gesucht wird. Gereizte Augen und etliche andere Symptome können beispielsweise von schlecht gelüfteten Räumen oder zu geringer Luftfeuchtigkeit herrühren, weiß Verbraucherschützer

Dullin. Die Luftfeuchtigkeit, optimal zwischen 50 und 60 Prozent, lasse sich etwa mit einem Hygrometer überprüfen. Schon einige Schälchen mit Wasser auf der Heizung erhöhen die Werte.

Außerdem vermisst Dullin in schriftlichen Lockrufen der Umweltapotheker den deutlichen Vermerk, dass eine Schadstoffanalyse in Innenräumen „bei allen gesundheitlichen Beschwerden nie den Arztbesuch ersetzen kann“. So gerät der Service der Apotheken ins Zwielicht. Zumal die Arbeitsgemeinschaft der Umweltapotheker räumlich und personell eng verbandelt ist mit der Torre GmbH, „einem Labor für ganzheitliche Pharmazie und Umweltanalytik“ in Erlangen.

Seit zwei Jahren rekrutieren AAU/Torre bundesweit ihre Serviceleute. Per fünftägigem Crashkurs mutieren Apotheker zu Umweltextperten. Sie entscheiden, wann der Verbraucher Wohngifte und Elektrosmog messen lassen sollte, sie erläutern die Ergebnisse - auch von Wasser- und Bodenanalysen.

Exklusiv für AAU-Mitglieder verleiht der TÜV-Rheinland - nach zweitägigem Unterricht und zweistündiger Prüfung - jetzt sogar den werbewirksamen Titel: „Geprüfter Schadstoffapotheker“. Im Gegenzug werden Raumluftanalysen aus der Umweltapotheke nunmehr in den Laboratorien des TÜV gefertigt. Alle anderen Proben gehen nach wie vor zur Torre GmbH in Erlangen.

Ob der Verbraucher mit Analysen vom Schadstoffapotheker allerdings viel anfangen kann, bezweifelt nicht nur Joachim Dullin. Gerade bei der Probeentnahme beim Verdacht auf Wohngifte in Baustoffen seien „mögliche Fehlerquellen um ein Vielfaches größer als bei Laboranalysen“, bestätigt Sven Deeg, Geschäftsführer des Deutschen Verbands unabhängiger Prüfinstitute (VUP) in Gießen. Bei komplizierteren Messungen gehöre „beides in eine Hand“. Fazit von Verbraucherschützer Dullin: Wer eine aussagekräftige Wohngift- oder Elektrosmoganalyse, etwa als Grundlage für Sanierung oder Gerichtsprozess benötige, der möge ein Institut beauftragen, das die strengen Qualitätskriterien der Verbraucher-Zentrale NRW erfüllt.

von Lothar Derichs (<e>-MARKET, Ressortleiter E-Commerce)

<e>MARKET ist eine Zeitschrift, die sich wöchentlich mit Online-Marketing und E-Commerce beschäftigt. Wenn man für so ein Magazin schreibt, dann hält man natürlich die New Economy im Großen und Ganzen für eine gute Sache und schreibt an gegen verkrustete Strukturen, gegen eine Wirtschaft der nationalen Märkte, in der Verbände, Gilden und Zünfte für den Besitzstand ihrer Klientel streiten. Der Händler um die Ecke schreit auf, wenn sein Lieferant per Online-Shop direkt an die Kunden verkauft, die Musikindustrie traut den Datennetzen nicht und will auch in Zukunft lieber Kassetten und CDs in die Regale stellen, und die Apotheker kämpfen mit aller Macht gegen den Versandhandel von Medikamenten - und das sehr erfolgreich: Selbst Internet-Nutzer lehnen in einer <e>MARKET-Umfrage den Online-Verkauf von Arzneien mehrheitlich ab: 40,8 Prozent fordern ein Verbot für alle Medikamente, 39,2 Prozent für rezeptpflichtige. Nur 13,5 Prozent sind für eine totale Freigabe. Auch auf den Parlaments- und Regierungsbänken finden die Lobbyisten ausreichend Internet-Skeptiker. Die kontern dann mit kühn gedrechselten nationalen Gesetzeswerken, um liberaleres EU-Recht gleich wieder

auszuhebeln. Das gilt für die Pharma- ebenso wie für die Buchbranche, die sich gegen preisgünstige Reimporte aus Österreich zur Wehr setzt. Die Argumente klingen in beiden Fällen selbstlos: Hier die kulturelle Vielfalt, dort die Volksgesundheit. Beides ist Heuchelei, denn weder das eine noch das andere ist gefährdet. Bedroht sind allenfalls Pfründe und durch überhöhte Preise subventionierte Überkapazitäten. Wenn es die digitale Signatur demnächst erlaubt, auch Behördengänge und Bankgeschäfte über das Internet sicher abzuwickeln, dann wird es wohl doch auch Wege geben, den Medikamentenmissbrauch per Online-Shopping zu verhindern. Leider hat man den Eindruck, dass die meisten Apotheker daran gar nicht interessiert sind, sondern ängstlich am Status quo klammern - ein tragisches Rückzuggefecht. Deshalb mein Aufruf an den Apothekenverband: Warten Sie nicht, bis Mario Monti klingelt! Bekämpfen Sie die Neuen Medien nicht verbissen, sondern gestalten Sie deren Einsatz und Reglementierung aktiv mit! Das ist langfristig lukrativer, und eine andere Wahl haben Sie ohnehin nicht.

Deutschlands Online-Shopper weltweit an 5. Position

Die E-Commerce-Studie von Taylor Nelson Sofres Interactive zeigt, dass sich der Anteil der Online-Einkäufer signifikant erhöhen wird. Deutschland belegt unter den 27 untersuchten Ländern bei den Online-Einkäufen Platz fünf. Etwa 17 Prozent der deutschen Internet-Nutzer haben im vergangenen Monat Waren oder Dienstleistungen online gekauft. Der Durchschnittswert liegt bei zehn Prozent. Das am häufigsten von Deutschen online gekaufte Produkt waren Bücher.

Auch der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) rechnet mit einer spürbaren Zunahme des Arzneimittelhandels über das Internet. Nach einer Emnid-Umfrage im Auftrag des BPI kann sich jeder fünfte Bundesbürger vorstellen, Medikamente über das Netz einzukaufen. Gleichzeitig bezeichnete der BPI die Verwendung von Internet-Arzneimitteln als "lebensgefährlich". (www.bpi.de)

Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigung des Autors und der Herausgeber - apo-online 3/00



Liebe Selbstzahler,
der Jahresbeitrag ist fällig.

VDPP

VDPP

DER VORSTAND

Udo Ament
Ringstraße 28 • 74838 Limbach
Telefon 06287-9 20 80 (gesch.) • 06287-92 08 12 (priv.)
Telefax 06287-92 08 20

Christiane Hefendehl
Fontanestraße 18 • 12049 Berlin
Telefon 030-62 72 20 72 • Telefax 030-62 72 20 72
E-Mail: Christiane.Hefendehl@t-online.de

Michael Höckel
Parkstraße 47 • 34119 Kassel
Telefon 0561-1 77 98
E-Mail: Hoeckel@t-online.de

Katja Lorenz
Ebersstraße 61 • 10827 Berlin
Telefon 030-78 70 78 77
E-Mail: k-lorenz@foni.net

Dr. Thomas Schulz
Stegemühlenweg 39 • 37083 Göttingen
Telefon 0551-770 44 42 • E-Mail: tschulz1@gwdg.de

Isabella Sulger
Johann-Houis-Straße 2
81369 München • Telefon 089-2022106

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

BADEN-WÜRTTEMBERG

Udo Ament
Ringstraße 28 • 74838 Limbach
Telefon 06287-9 20 80 (gesch.) • 06287-92 08 12 (priv.)
Telefax 06287-92 08 20

BAYERN

Michaela Raasch
Birkenweg 14 • 85551 Kirchheim bei München
Telefon 089-903 51 82
E-Mail: sander.schumann@gmx.de

BERLIN

Dr. Regina Schumann
Halskestraße 4 • 12167 Berlin
Telefon 030-795 14 71

BRANDENBURG

Peter Rhiemeier • Linden-Apotheke
Brandenburger Straße 158 • 14542 Werder/Havel
Telefon 03327-4 05 93

BREMEN

Jutta Frommeyer • Igel-Apotheke
Schwaneweder Straße 21 • 28779 Bremen
Telefon 0421-60 50 54

HAMBURG

VDPP-Geschäftsstelle
Fleming-Apotheke
20144 Hamburg • Grindelallee 182
Telefon 040-45 87 68 • Telefax 040-45 87 68
E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de

HESSEN

Franz Kirchner
Tränkestraße 7 • 34497 Korbach
Telefon 05631-6 14 93

MECKLENBURG-VORPOMMERN

siehe Hamburg

NIEDERSACHSEN

Dr. Gabi Beisswanger
Hohnsen 32 • 31134 Hildesheim
Telefon 05121-87 74 05

NORDRHEIN-WESTFALEN

Volker Kluy
Elbinger Straße 9 • 40670 Meerbusch
Telefon 02159-5 17 44

RHEINLAND-PFALZ

siehe Hessen

SAARLAND

Edith Arweiler
Wilhelmstraße 15 • 66763 Dillingen/Saar
Telefon 06831-7 34 63

SACHSEN

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7 • 04205 Miltitz
Telefon 0341-9 40 57 32

SACHSEN-ANHALT

siehe Niedersachsen

SCHLESWIG-HOLSTEIN

siehe Hamburg

THÜRINGEN

siehe Hessen

Wenn Sie Fragen und Wünsche an den VDPP haben oder Mitglied werden möchten, wenden Sie sich bitte an die Kontaktadressen.