

## 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

**RB** aus dem  
**52** INHALT

**Auch nach 353 Jahren noch eine Reise wert:  
Mitgliederversammlung 2001  
In Münster**

**Versandhandel mit Arzneimitteln**

### Der Vorstand

Udo Ament  
Ringstraße 28  
74838 Limbach  
Telefon 06287-92080  
(gesch.)  
06287-920812  
(priv.)  
Telefax 06287-920820

Christiane Hefendehl  
Fontanestraße 18  
12049 Berlin  
Telefon 030-62722072  
Telefax 030-62722072  
E-Mail Christiane.  
Hefendehl@t-online.de

Michael Höckel  
Parkstraße 47  
34119 Kassel  
Telefon 0561-17798  
E-Mail Hoeckel@t-online.  
de

Katja Lorenz  
Ebersstraße 61  
10827 Berlin  
Telefon 030-78707877  
E-Mail k-lorenz@foni.net

Dr. Thomas Schulz  
Stegemühlenweg 39  
37083 Göttingen  
Telefon 0551-7704442  
E-Mail tschulz1@gwdg.  
de

Isabella Sulger  
Johann-Houis-Straße 2  
81369 München  
Telefon 089-2022106  
E-Mail isabellasulger@freenet.de

Adressen der regionalen  
Kontaktpersonen

**Baden-Württemberg**  
Udo Ament  
Ringstraße 28  
74838 Limbach  
Telefon 06287-92080  
(gesch.)  
06287-920812  
(priv.)  
Telefax 06287-920820

**Bayern**  
Michaela Raasch  
Birkenweg 14  
85551 Kirchheim bei  
München  
Telefon 089-9035182

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

**Brandenburg**  
Peter Becker  
Linden-Apotheke  
Brandenburger Straße  
158  
14542 Werder / Havel  
Telefon 03327-40593

**Bremen**  
Jutta Frommeyer  
Igel-Apotheke  
Schwaneweder Straße 21  
28779 Bremen  
Telefon 0421-605054

**Hamburg**  
VDPP-Geschäftsstelle  
Fleming-Apotheke  
Grindelallee 182  
20144 Hamburg  
Telefon 040-458768  
Telefax 040-458768  
E-Mail

geschaeftsstelle@vdpp.  
de

**Hessen**  
Franz Kirchner  
Tränkestraße 7  
34497 Korbach  
Telefon 05631-61493

**Mecklenburg-  
Vorpommern**  
siehe Hamburg

**Niedersachsen**  
Dr. Gabi Beisswanger  
Hohnsen 32  
31134 Hildesheim  
Telefon 05121-877405

**Nordrhein-Westfalen**  
Dr. Volker Kluy  
Elbinger Straße 9  
40670 Meerbusch  
Telefon 02159-51744

**Rheinland-Pfalz**  
siehe Hessen

**Saarland**  
Edith Arweiler  
Wilhelmstraße 15  
66763 Dillingen / Saar  
Telefon 06831-73463

**Sachsen**  
Dr. Kristina Kasek  
Goldacherstraße 7  
04205 Miltitz  
Telefon 0341-9405732

**Sachsen-Anhalt**  
siehe Niedersachsen

**Schleswig-Holstein**  
siehe Hamburg

**Thüringen**  
siehe Hessen

## EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

nun ist er endlich fertig, der Rundbrief Nr. 53.

Damit ihr ihn noch vor der Mitgliederversammlung lesen könnt, haben wir den Schriftsatz selbst gemacht, darunter liest die typographische Qualität, nicht aber der Inhalt, so hoffen wir wenigstens.

Durch einen technischen Fehler erschien der Rechenschaftsbericht zur MV 2000 nicht im letzten Rundbrief, obwohl er im Inhaltsverzeichnis stand, dies wird in dieser Ausgabe nachgeholt.

Dieser Rundbrief befasst sich schwerpunktmäßig mit dem Thema „E-Commerce mit Arzneimitteln“, auch auf der Mitgliederversammlung vom 15. bis zum 17. Juni 2001 wird dies ein Thema sein. Es sind noch einige Plätze frei, ihr könnt noch kurzfristig kommen.

Viel Spaß beim Lesen,

eure Redaktion

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 54: 31. Juli 2001

## INHALT

<b>Grußwort des Vorstands</b> Michael Höckel	3	<b>BUCHBESPRECHUNGEN</b>	
<b>Offener Brief</b>	3	<b>Deutsche Arzneimittel in der Dritten Welt</b> Udo Ament	22
<b>Änderung des Apothekengesetzes</b> Katja Lorenz	6	<b>Der ewige Gärtner</b> Udo Ament	23
<b>Elektronischer Handel mit Arzneimitteln</b> Michael Höckel	7	<b>TERMINE</b>	25
<b>Internet und Versand von Arzneimitteln</b> Udo Puteanus	8	<b>DOKUMENTATION</b>	
<b>Gibt es die ERFA-Gruppe noch?</b> Bernd Rehberg	10	<b>Der genetische Code ist kein Code</b> Interview mit Lily E. Kay	26
<b>Rechenschaftsbericht zur MV 2000</b> Katja Lorenz	12	<b>AGV: Medikamentenkauf im Internet</b>	32
<b>Rechenschaftsbericht zur MV 2001</b> Katja Lorenz	15	<b>AGV: Internethandel mit Medikamenten</b>	32
<b>Beiträge</b>	17	<b>Können Medikamente BSE übertragen</b> Interview mit U. Hagemann	43
<b>Vorstandsprotokoll Oktober 2000</b> Thomas Schulz	18	<b>Bayerns BKKen verhandeln mit Internetapotheken</b>	44
<b>Vorstandsprotokoll Januar 2001</b> Udo Ament	20	<b>Apotheken bieten Bestellservice im Web an</b>	44
		<b>Versandhandel versus Einzelapotheke</b> Eike Hovermann MdB	45

## Impressum

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

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

Redaktionsanschrift: Jürgen Große, Mesterfeld 17, D-22523 Hamburg, Telefon: 0 40 / 5 70 45 75 und 01 72 / 4 01 95 41, Fax: 0 40 / 5 56 80 39, E-Mail: [redaktion@vdpp.de](mailto:redaktion@vdpp.de)

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

6 Ausgaben kosten im Abonnement 60,- DM. Für Mitglieder des VDPP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

schaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Köln, S. 10.  
8 Ebd.

9 Vgl. Volkhardt Sendatzki: "Elektronisches Rezept", in: Die BKK 3/2001, S. 131 ff.

10 Europäische und internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen, S. 26.

11 eEurope 2002: Eine Informationsgesellschaft für alle. Aktionsplan von Rat und Europäischer Kommission zur Vorlage auf der Tagung des Europäischen Rates am 19./20. Juni 2000 in Feira, S. 23.

12 So Wolfgang Kaesbach, Abteilungsleiter Arzneimittel des BKK Bundesverbandes, auf dem Symposium "E-commerce mit Arzneimitteln" am 13. Dezember 2000 im Bundesministerium für Gesundheit in Bonn. 13 Ebd.

14 Diese Apotheke vertreibt in der Schweiz seit etwa vier Jahren sämtliche zugelassenen Medikamente per Post gegen Rezept und unterhält inzwischen Partnerschaftsverträge mit rund 20 Krankenkassen, denen etwa die Hälfte aller Versicherten der Schweiz angehören.

15 Bei einem angenommenen Marktanteil des Versandhandels von 15 % wären Einsparungen bis zu 850 Mio. DM denkbar. Errechnet auf der Basis der Arzneimittelausgaben für 1999 (ohne Heil- und Hilfsmittel und Dialyse) von 37,45 Mrd. DM; Quelle: BMG. 16 [www.0800DocMorris.com](http://www.0800DocMorris.com).

17 Selbst das Landgericht Frankfurt räumt in seiner Begründung des Urteils ein, "dass das deutsche Verbot des Versandhandels via Internet möglicherweise nicht für alle Zukunft aufrecht erhalten werden kann."

18 Anlässlich eines Vortrages auf der Bädertagung 2000 der SPD-Bundestagsfraktion in Bad Sassendorf. 19 Richtlinie 2000/31/EG vom 08.06.2000, FernAbsG

vom 27. Juni 2000.

20 Stephan H. Schug: Europäische und internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen. Studie im Auftrag der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. Köln; Dezember 2000, S. 6.

21 Auf der Anhörung des Gesundheitsausschusses zum Arzneimittelbudget am 27. September 2000 im Deutschen Bundestag.

22 Langzeitstudien der AOK Niedersachsen und des ISEG (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung) belegen den gesundheitlichen und finanziellen Nutzen inzwischen für die Bereiche: unspezifische Rückenschmerzen, Neurodermitis bei Kleinkindern und Übergewicht als Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankungen. Voraussetzung für den Erfolg ist aber die gezielte Auswahl und Ansprache der Versicherten. Für den Bereich der Umweltmedizin hat das BMG in Zusammenarbeit mit dem BMU im Juni 1999 das Aktionsprogramm "Umwelt und Gesundheit" für eine umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung ins Leben gerufen. Anlass dazu war u. a. die Erkenntnis, dass zwar eine Vielzahl von Daten zu Gesundheit und Umwelt verfügbar ist, aber erst durch die Vernetzung und methodische Datenauswertung die Zusammenhänge von Umwelteinflüssen und Gesundheit geklärt werden können. In der Begründung heißt es: "Nicht ein 'Datenfriedhof' kann das Ziel sein, sondern 'Daten für Taten'".

23 eEurope 2002: Eine Informationsgesellschaft für alle, Aktionsplan von Rat und Europäischer Kommission zur Vorlage auf der Tagung des Europäischen Rates am 19./20. Juni 2000 in Feira, S. 22.

(aus: Die BKK Nr. 4 / 2001)

auch die Effektivität der Maßnahmen durch verlässliche Daten nachvollzogen werden kann. Nur so können z. B. die Erkenntnisse der Umweltmedizin oder Prävention bewertet werden und auch Eingang in die medizinische Praxis finden.<sup>22</sup>

- Die Chancen, die sich durch telematische Verfahren für die Wissensvermittlung und Behandlung bieten, erfordern auch eine neue Generation von Medizinern, die über umfangreiche Medienkompetenz verfügt und in der Lage ist, das angebotene Informationspotenzial genauso selbstverständlich zu nutzen wie heute das Telefon. Das heißt: Den veränderten Anforderungen an das Berufsbild werden in Zukunft auch veränderte Anforderungen bezogen auf die Ausbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen entsprechen müssen.

#### Ausblick

Im Dezember 1999 hat die Europäische Kommission die Initiative eEurope ins Leben gerufen, mit dem Ziel, die Einführung von modernen Kommunikations- und Informationsmedien in Europa zu fördern, und sie hat erstmals auch gesundheitspolitische Strategien zur Gesundheitstelematik fixiert.

So haben sich die Mitgliedsstaaten zur Durchführung umfangreicher Maßnahmen und der Einhaltung bestimmter Zeitvorgaben verpflichtet, die im anschließend durch eEurope vorgelegten Aktionsplan (Mai 2000) konkretisiert wurden.<sup>23</sup> Dazu gehört auch die Forderung nach einer flächendeckenden Einführung von Chipkarten für Patienten und Angehörige von Heilberufen und der dazu notwendigen Vorarbeiten. Unter der Überschrift "health online" wurden die Vorgaben weiter konkretisiert:

Bis 2001

- sollen durch die Mitgliedsstaaten Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationsangebote im Internet festgelegt werden.

Bis 2002

- sollen die Mitgliedsstaaten die Infrastruktur in Form einer Telematikplattform für den sicheren Datenaustausch ambulanter und stationärer Leistungserbringer entwickelt,
- Best-Practice-Beispiele für Anwendungen aus dem E-Health-Bereich ermittelt und publiziert,
- sowie Netzwerke und Datenbanken zur Wirksamkeit von Arzneimitteln und Infektionskrankheiten aufgebaut haben.

Das sind ehrgeizige Ziele, die auch endlich bei der hiesigen Planung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden sollten.

Neben der Implementierung technischer Standards wird es aber in Zukunft vor allem von der erfolgreichen Klärung von Rechtsfragen abhängen, inwieweit europäische Synergieeffekte im Gesundheitsbereich mög-

lich sind.

**Der Rückzug auf nationale Zuständigkeiten macht jedenfalls I auf Dauer für die Gestaltung des Gesundheits- und Sozialwesens in Europa keinen Sinn, das gilt ebenso für altständisches Bestandschutzdenken.**

Vor diesem Hintergrund muss auch die Diskussion um den Versandhandel, sei es im Arzneimittelbereich oder in anderen Versorgungsbereichen, gesehen werden, eine Diskussion, die m. E. in wenigen Jahren nicht mehr nachvollziehbar sein wird. Wir sollten sie schnell beenden und statt dessen alles dafür tun, um neue, funktionsfähige Strukturen zu entwickeln. Vielleicht wäre ein "Lahnstein II", diesmal unter Einbeziehung der Leistungserbringer, ein Schritt in diese Richtung.

Unerlässlich dafür wäre aber auch, dass sich in Zukunft das Abstimmungsverhalten in der Politik weniger an parteipolitischen Erwägungen denn an der Sache orientiert.

Anmerkungen:

1 Dieser Beitrag wird in geänderter Fassung erscheinen in: Techniker Krankenkasse (Hg.):

"Telematik im Gesundheitswesen", Band 2 der Reihe "Beiträge zum Gesundheitsmanagement", der im Sommer 2001 beim Nomos Verlag veröffentlicht wird.

2 Die medizinischen und ökonomischen Wirkungen der Telemedizin werden zurzeit im Rahmen eines Projekts von Prof. Dr. Hans Helmut Kehr und Christian Betschel, FH Gießen, in Kooperation mit der Neurochirurgischen Abteilung des Klinikums der Justus-Liebig-Universität untersucht.

3 Der Begriff "Telematik" wird vom Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen als "Verbindung von Telekommunikation und Informatik" definiert.

"Gesundheitstelematik entspricht dem in einigen Ländern gebräuchlichen Begriff "Telehealth" bzw. "E-Health". Damit ist Gesundheitstelematik der Oberbegriff und umfasst u. a. auch die "Telemedizin... zur Überwindung einer räumlichen Trennung zwischen Patient und Arzt... Beispiele: Telediagnostik, Teleradiologie, Telekonsultationen..." (Stephan H. Schug: Europäische und internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen. Studie im Auftrag der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. Köln, Dezember 2000, S. 1).

4 Christof J. Mutter: Integrierte Versorgung: Chance für die Schnellen: Was bringt der Aufbau eines Versorgungsnetzes für die Beteiligten?, abrufbar unter: www.concare.de.

5 Ebd.

6 Das "Elektronische Rezept" bezeichnet die elektronische Erstellung und Übermittlung von Medikamentenverordnungen vom niedergelassenen Arzt oder vom Krankenhaus an die Apotheke... über E-Mail, andere serverbasierte Verfahren bzw. gespeichert auf einer Patientenchipkarte (vgl. Europäische und internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen, S. 12).

7 Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen; Managementpapier "Elektronisches Rezept" Bericht 1. Meilenstein vom 1. September 2000, GVG Gesell-

## Grußwort des Vorstandes

Liebe Vereinsmitglieder,

eine Mitgliederversammlung mit turnusmäßiger Vorstandswahl wirft ihre Schatten voraus. Die Anmeldungen treffen wie immer schleppend ein und auch sonst ist es wie immer.



Ich bin froh ob unserer Eigenheiten und ich muss es zugeben auch auf unseren Namen und hier besonders den Zusatz demokratisch. Bei den Begriffen Demokratie und Apotheke scheidet im Jahre 2001 noch immer ein nicht unerheblicher

Grad an Unvereinbarkeit vorzuherrschen. Nehmen wir doch nur einmal die angestellten ApothekerInnen in Deutschland, wie und durch wen werden Sie vertreten, da gibt es die BVA mit viel Engagement Ihrer Führung und deren Mitglieder, es gibt das Forum Leipzig, die WIV-Apotheker, die ADKA, uns und dann.....? Warum koordinieren diese Verbände nicht Ihre inhaltliche Arbeit?

Die ABDA ist ein Schwergewicht und besteht bekanntlich aus den Verbänden mit Ihren wirtschaftlichen Interessen und den Kammern. Diese Kammern sind mehrheitlich mit ApothekenleiterInnen besetzt, aus dieser Tatsache leitet sich

## Offener Brief

(Entwurf, Stand 21. März 2001)

In großer Sorge um die Zukunft unseres Berufsstandes haben sich am 21. März 2001 in Berlin ApothekerInnen aus den unterschiedlichen Berufs- und Tätigkeitsbereichen getroffen.

Wir - die Unterzeichnenden - sehen mit Ungeduld und Besorgnis, dass sich in der Gesundheitspolitik und insbesondere in der Arzneimittelpolitik Weichenstellungen in eine Richtung abzeichnen, die für die Zukunft unseres Berufsstandes von existentieller Bedeutung sein werden.

Anstatt nun diese Zeichen zu erkennen und als

die tatsächliche Kammerpolitik der Länder ab: Es handelt sich in der Mehrheit nachweisbar um Wirtschaftspolitik. Die Interessen der angestellten ApothekerInnen werden nur vertreten, wenn LeiterInnen-Interessen ebenfalls berührt scheinen. Der VDPP ist ein Sammelbecken für ApothekerInnen aus vielen Institutionen: Wir sollten stolz darauf sein und auch auf unser Engagement, jenseits der undemokratischen und nicht allzu erfolgreichen Durchsetzung von LeiterInnen-Interessen auf Landes- und Bundesebene. Es ging, geht und wird uns immer um PharmazeutInnen in allen Institutionen und deren professioneller Ausübung von Tätigkeiten im Gesundheitswesen gehen!

Wir sollten Kraft schöpfen und uns ein "jetzt erst recht" zurufen. Die Zeit ist reif, um Ideen einzubringen! Auf der MV in Münster wird Katja Lorenz für den Vorstand von den Anhörungen und über die VDPP-Stellungnahmen berichten. Wie die Erfahrungen des letzten Jahres zeigen finden wir Gehör, werden gefragt und sollten an dieser Stelle mit der Sacharbeit fortfahren!

Ich freue mich auf die nächste MV, auf ein Treffen mit Euch und wie immer die netten Gespräche am Rande! Es besteht nach Durchsicht der Anmeldungen allerdings die Gefahr, dass der VDPP nach der kommenden MV nur eingeschränkt agieren kann! Wir wählen einen neuen Vorstand und brauchen neue Kräfte. Wir müssen sonst den Verein auflösen, die Gefahr besteht! Also auf nach Münster!

Michael Höckel  
(für den Vorstand des VDPP)

Herausforderung auch an die eigene Standespolitik zu nutzen, profiliert sich die ABDA mit ihren Mitgliedsorganisationen wie gewohnt als Besitzstandswahrerin kleiner Wirtschafteliten innerhalb des Standes.

Die Gesundheitsministerin, Krankenkassen, EuropapolitikerInnen, Parteien und Verbraucherschutzorganisationen diskutieren öffentlich über

Fremd- und Mehrbesitz von Apotheken, über Internet-, über Versandhandel und die Arzneimittelpreisverordnung und signalisieren damit Offenheit und Sympathien gegenüber Entwicklungen und Vorstellungen, die von Seiten der ABDA hartnäckig zurückgewiesen, als abwegig diskreditiert oder sogar völlig tabuisiert werden.

Unabhängig von den Positionen, die wir Unterzeichnenden individuell oder als Mitglied pharmazeutischer Gruppen dazu vertreten, sehen wir mehr denn je die dringende Notwendigkeit, uns mit der herrschenden Standespolitik offensiv, kritisch und konstruktiv auseinanderzusetzen.

Dazu erscheint es notwendig, unsererseits möglichst konkrete Positionen und Prämissen zu entwickeln.

Die Unterzeichnenden sehen in den folgenden vier "essentials" die Umschreibung pharmazeutischer Prämissen, die Grundlage, Ausgangspunkt und Maßstab einer patientenorientierten, qualifizierten und pharmazeutisch abzusichernden guten Arzneimittelversorgung sein sollten.

Dabei sind wir uns bewusst, dass wir innerhalb der Landesvertretung auf erheblichen Widerstand und Gegenwehr stoßen werden und die eine oder andere "heilige" Kuh schlachten. Das tun wir bewusst und absichtsvoll in der Erkenntnis, dass unsere Gesellschaft insgesamt und das Gesundheitswesen insbesondere vor tiefgreifenden Veränderungen und Neuorientierungen stehen, die über Jahrzehnte gewachsene Strukturen und auch die damit verbundenen Werte und Privilegien in Frage stellen.

Mit den folgenden vier "essentials" wollen wir versuchen, eine standesweite berufspolitische Diskussion über unser zukünftiges berufliches Selbstverständnis zu initiieren!

## 1. Profession geht vor Institution

Nicht die private Institution Apotheke, sondern der Pharmazeut und die Pharmazeutin, ihre vielfältigen Fähigkeiten, Berufsfelder und Leistungen müssen gleichberechtigt in ihrem beachtlich breiten Spektrum Ausgangs- und Mittelpunkt der Landes- und Berufspolitik sein.

Es ist standesschädigend und kontraproduktiv, Teilbereiche pharmazeutischen Wirkens zu negieren, zu vernachlässigen und – wie von Krankenhäusern – und KrankenkassenapothekerInnen besonders häufig erlebt und erlitten – sogar zu diffamieren, um damit unternehmerische Interessen und/oder Privilegien privater Apotheken einseitig zu stärken und zu begünstigen.

Anstatt die hohe Qualifikation unserer BerufskollegInnen in den Arzneimittelkommissionen von Kliniken, in den Geschäftsleitungen kassenärztlicher >Vereinigungen, öffentlichen Verwaltungen oder Krankenkassenabteilungen als Wertschätzung pharmazeutischer Leistungsfähigkeit durch andere Institutionen zu würdigen, verfolgen die ABDA und ihr Landesorgan hier seit Jahren konsequent die Politik des Schweigens und Übersehens. Sie strapazieren damit die berechnete Erwartung vieler Kammerangehöriger, die bis heute ihre Beiträge entrichten, ohne dafür eine gebührende Interessenvertretung zu erfahren.

Diese Missachtung widerspiegelt sich auch seit Jahrzehnten wider auf den Deutschen Apothekertagen, die satzungsgemäß die Meinungsbildung aller deutschen ApothekerInnen gewährleisten müssen, sich aber fast ausschließlich den Interessen einer – nach der Zahl – Minderheit, nämlich den ApothekenbesitzerInnen verpflichtet sehen und damit gleichzeitig "Apothekertage" auf "Apothekentage" reduzieren.

Wir fordern die ABDA auf, ihre seit langem praktizierte Blockade – und Aussparungspolitik gegenüber einzelnen Gruppen aufzugeben. Das gebietet nicht nur der Auftrag, Berufsvertretung aller Berufsangehörigen zu sein, das ist auch notwendig, um die Vielfalt und Breite pharmazeutischer Präsenz und Kompetenz nach innen und nach außen zu demonstrieren und zu nutzen.

## 2. Das Arzneimittel ist ein erklärungsbedürftiges Gut

Die Erklärungsbedürftigkeit eines Arzneimittels und ihre erfolgreiche patientengerechte Beachtung sind nicht an eine bestimmte Institution gebunden, sind aber originäre Aufgabe von PharmazeutInnen. Das heißt nicht ausschlaggebend ist, an welchem Ort und mit Hilfe welcher Medien und Instrumentarien Erklärungen, Information und Aufklärung gegenüber PatientInnen, VerbraucherInnen und Fachkreise vermittelt werden.

Ausschlaggebend und unabdingbar ist, dass jeglicher Erklärungsbedarf durch uns PharmazeutInnen abgesichert und befriedigt wird. Orte der Vermittlung sind Apotheken, Verbraucherzentralen, Gesundheitsläden, Internet, Printmedien, Telefonberatungen, Infoservice, Krankenkassen kassenärztliche Beratungsstellen, Apothekerkammern, der öffentliche Gesundheitsdienst und Bildungsstätten.

und zum Fernabsatzgesetz<sup>19</sup> bereits damit begonnen, die erforderlichen Grundlagen zu schaffen.

Im Ergebnis sind die Kassen und zunehmend auch die Ärzteverbände davon überzeugt, dass eine sinnvolle Vernetzung von Ärzten, Apothekern und Kassen dazu beitragen könnte,

- die Effizienz des ärztlichen Ordnungsverhaltens zu erhöhen,
- die zeitgleiche Verschreibung von kontraindizierten Wirkstoffen zu vermeiden,
- den Medikamentenmüll zu reduzieren und schließlich
- ein Mehr an Qualität und Kostenbewusstsein zu schaffen.

Angesichts der Herausforderung durch den europäischen Wettbewerb ist dies für viele eine reizvolle Vorstellung. Allerdings sollten bei solchen Überlegungen auch die Stichworte "Reimporte" und "Positivliste" beachtet werden.

### Konsequenzen und nationaler Handlungsbedarf

Unbestritten ist, dass die Telematik ein erhebliches Potenzial bietet, sowohl in Bezug auf die Erweiterung und Anwendung medizinischen Wissens als auch bezogen auf die Effizienz und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung.

### Unbestritten ist aber auch, dass die Dynamik der Umsetzung der technologischen Möglichkeiten im Wesentlichen durch das veraltete Nebeneinander von Versorgungsstrukturen gebremst wird.

Die gleichsam organische Entstehungsgeschichte des Gesundheitswesens (nicht nur in Deutschland) hat zu einem vielfältigen Nebeneinander bezogen auf Technik, Organisation und Zuständigkeiten geführt und erschwert die konzertierte Umsetzung telemedizinischer bzw. telematischer Standards in die Praxis erheblich.

Frühzeitig wurde daher der Ruf nach einer umfassenden Telematikplattform im Gesundheitswesen laut, auf der die Gesamtheit der rechtlichen, organisatorischen und technologischen Komponenten erfasst wird, die notwendig sind, um gemeinsame, anwendungs- und regionenübergreifende Standards zu entwickeln. Als Raum für den angestrebten Konsens der beteiligten Akteure wurde 1999 das Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen (ATG) in Köln gegründet, wo seitdem in verschiedenen Fachgremien die Potenziale der Telematik ausgelotet, der effiziente Informationsaustausch der Akteure ermöglicht und konkrete Handlungsempfehlungen entwickelt werden.

- Die technologische Entwicklung im Bereich der Telematik erlaubt in zunehmendem Maße die räumlich und zeitlich versetzte Inanspruchnahme von Dienstleistungen auch über nationale Grenzen hinweg. Verstärkt durch die Freiheit des

Dienstleistungs- und Warenverkehrs innerhalb der EU ergibt sich daraus nicht nur aus Sicht des ATG die Notwendigkeit, möglichst zügig Regelungen für internationale Standards und die grenzübergreifende Vergütung von Leistungen zu entwickeln.<sup>20</sup>

- Eine effizient vernetzte und integrierte Versorgung benötigt einen umfassenden Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten. Unstrittig ist aber, dass mit dem derzeitigen Stand der Datenerfassung und -auswertung von diesem Zustand keine Rede sein kann. So ist eine kassenarten- und leistungserbringerübergreifende Zusammenführung und Aufbereitung der Daten nur unsystematisch und unter größtem Aufwand möglich. Diese wäre aber notwendig, um Auswertungen, Analysen und Gesamtbetrachtungen zum Versorgungsgeschehen erst zu ermöglichen.

Die Kassenvertreter sind sich einig, dass die derzeitigen gesetzlichen Regelungen mehr als unbefriedigend sind: Durch das geltende Recht, so kritisiert der VdAK in einer Stellungnahme im Namen der Spitzenverbände, seien die ärztlichen Abrechnungsdaten jeglicher sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die Krankenkassen entzogen. Darin liege, so die Kassen weiter, eine wesentliche Ursache für bestehende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite. Sie fordern eine leistungsbereichsübergreifende Erfassung der Abrechnungsdaten, um ein differenziertes Fallmanagement für bestimmte Krankheitsbilder zu ermöglichen. Auch der KBV-Hauptgeschäftsführer Dr. Rainer Hess ist von der Notwendigkeit einer gemeinsamen Datenbasis überzeugt: Schließlich sei es die "absolut miserable Datenlage", die das eigentliche Problem bei der Steuerung der ohnehin ungeliebten Arzneimittelbudgets darstelle.<sup>21</sup>

Wie Prof. Dr. Dr. sc. Lauterbach allerdings dazu feststellt, sei man bislang gar nicht in der Lage zu beurteilen, ob "die richtigen Patienten die richtigen Arzneimittel bekommen". Dies erfordere nämlich evidenzbasierte Standards, die eben auf Grund der fehlenden Daten noch gar nicht vorlägen. Um Über-, Unter- und Fehlversorgung in den einzelnen Sektoren zu erfassen, müssten zuverlässige und zeitnahe Informationen zu gesundheits- und organisationsbezogenen Tatbeständen vorhanden sein und unmittelbarer Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung werden.

### Voraussetzung dafür ist, dass die Erfassung, Speicherung, Übermittlung und Auswertung der steuerungsrelevanten Daten durch die Krankenkassen auf eine neue Grundlage gestellt wird.

Der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf eines Datentransparenzgesetzes ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Notwendig ist dies nicht nur für den wichtigen Bereich der Arzneimittel, sondern insbesondere dort, wo der kausale Zusammenhang von Einsatz und Effekt nicht auf den ersten Blick zu erkennen ist: Die langfristige Steuerung in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Umweltmedizin lebt davon, dass sowohl gesicherte Erkenntnisse über Krankheitsursachen vorliegen als

In der Praxis bedeutet dies eine hochwertige EDV, die eine weitreichende Interaktionskontrolle ermöglicht: Einzelne Wirkstoffe, persönliche Gesundheitsinformationen und der bisherige Medikamentenverbrauch werden ausgewertet und bei Unstimmigkeiten wird gegebenenfalls der verschreibende Arzt konsultiert. Da Medikamente in der Schweiz grundsätzlich nur durch besonders qualifiziertes Fachpersonal an Endverbraucher abgegeben werden dürfen, wird jedes Medikament vor dem Versand noch einmal auf die Übereinstimmung mit der ärztlichen Verschreibung durch einen examinierten Pharmazeuten kontrolliert.

Für die Patienten ist MediService rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr erreichbar: Sei es über die Gratis-Hotline, über Fax, E-Mail oder das Internet, jederzeit stehen qualifizierte medizinische Fachleute für Informationen oder Beratungsleistungen zur Verfügung. Das ist ein großer Vorteil auch für in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten oder ländliche Gebiete. Der Versand der Medikamente erfolgt durch vertraglich abgesicherte zusätzliche Zustelldienste der Post.

Die Grenzen des Leistungsangebotes werden (noch) dort erreicht, wo es für die Patienten darauf ankommt, Medikamente ohne zeitliche Verzögerung aus der Apotheke zu beziehen: Bisher ist auch in der Schweiz die elektronische Übermittlung von Rezepten noch Zukunftsmusik; die Patienten schicken das Rezept traditionell mit der Post. Daran wird deutlich, dass neue Versorgungsstrukturen und die Umsetzung technischer Innovationen Hand in Hand gehen müssen, um die damit verbundenen Potenziale auch zu realisieren. Krähenbühl hält für den Arzneimittelversandhandel einen Marktanteil von 12 bis 15 % für möglich und orientiert sich damit an den bisherigen Erfahrungen in den USA.

Doch worin liegt der Vorteil für Patienten und Beitragszahler? Durch die effizientere Abgabe von Arzneimitteln, insbesondere:

- durch die Abgabe von Generika,
- die vorteilhaftere Preisgestaltung durch größere Abgabemengen
- und umfangreiche Beratungsleistungen

können die Arzneimittel über den Versandweg in der Schweiz um ca. 15 % preiswerter angeboten werden. Davon profitieren zum kleineren Teil die Patienten direkt in Form von Preisvorteilen; in größerem Ausmaß jedoch die Krankenversicherung, da der größte Teil als Rückvergütung zurück an die Krankenkassen fließt.

**Auf deutsche Verhältnisse übertragen wären das immerhin einigen Millionen Mark, 15 die schon jetzt der GKV für die Stabilisierung der Beiträge und den Ausgleich von Versorgungsdefiziten zur Verfügung gestellt werden könnten.**

#### Europa auf dem Weg in den Wettbewerb

Zu beachten ist bei solchen Modellrechnungen, dass

ein direkter Vergleich immer durch unterschiedliche nationale Rahmenbedingungen und Kalkulationen erschwert wird. Auch wenn es sich im beschriebenen Fall um eine Vollsortimentsapotheke handelt, ist doch die Angst der Apothekerverbände und des pharmazeutischen Großhandels vor einer "Rosinenpickerei", d. h. der Konzentration des Versandhandels auf den lukrativen, hochpreisigen Bereich, nicht gänzlich unbegründet. Hier müssen die Erfahrungen zeigen, inwieweit gegebenenfalls veränderte Arzneimittelkalkulationen geeignet bzw. notwendig sind. Klar ist auch, dass neue Distributionswege nicht zulasten der Qualität und der Sicherheit gehen dürfen. Die Verbraucher- und Apothekerverbände fordern zu Recht hohe Sicherheitsstandards für die Abgabe von Arzneimitteln, die eine zuverlässige Abgrenzung seriöser Anbieter vor dubiosen Internet-Angeboten ermöglichen.

#### Verhindern wird sich der Versandweg für Arzneimittel aber wohl nicht mehr lassen.

Zu weit ist dieser Weg in anderen europäischen Ländern bereits beschritten. Das erste eindrucksvolle Beispiel für den Arzneimittelbereich lieferte DocMorris, 16 eine niederländische Versand-Apotheke, die über das Internet ihr Sortiment vertreibt. Sie lieferte grenzüberschreitend Arzneimittel auch nach Deutschland und unterlief damit die hier geltenden Regelungen. Die Arbeitsgemeinschaft deutscher Apothekerverbände (ABDA) hat zwar durch eine Klage vor dem Landgericht Frankfurt eine einstweilige Verfügung gegen den Versand nach Deutschland erwirkt, doch es bedarf keiner prophetischen Gabe, um abzusehen, dass sich die Fälle grenzüberschreitender Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen häufen werden und die europäische Rechtslage über kurz oder lang auch nationales Recht verändern wird.<sup>17</sup>

Zwar endet bislang die Regelungskompetenz der Europäischen Union (EU) bekanntermaßen dort, wo in die Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung, wie überhaupt in die Ausgestaltung der Sozialen Sicherheit, eingegriffen wird. Dies machte der Europäische Gerichtshof (EuGH) in seiner Begründung zu den Kohll/Decker-Urteilen deutlich. Doch liegt die Beweislast dafür auf Seiten der Mitgliedsstaaten und die Schwelle dafür ist hoch: Denn, so der EuGH, allein der Nachweis, dass die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung oder die finanzielle Stabilität des gesamten Systems akut gefährdet sei, könne ein hinreichender Grund dafür sein, nationale Rechtsgestaltungen vor dem Gemeinschaftsrecht zu schützen. Ein Nachweis, der wohl schwerlich zu erbringen ist. Angesichts der "faktischen 'Entgrenzung' der Sozial- und Gesundheitssysteme", wie es Dr. Franz Terwey ausdrückt,<sup>18</sup> wäre daher eine vorausschauende Gestaltung nationalen Rechts angebracht, die aktiv zur Mitgestaltung europäischer Rechtsnormen beitragen könnte.

Bereits jetzt haben die Landgerichte in Hamburg und Berlin deutlich gemacht, dass das Versandhandelsverbot gegen EU-Recht verstößt und ähnliche Anträge gegen DocMorris zurückgewiesen. Bereits jetzt stehen AOK und die Betriebskrankenkassen in den Startlöchern, um Versandapotheken zu nutzen, sobald die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen sind. Die EU hat mit ihrer Richtlinie zum E-Commerce

Es ist Aufgabe der Landesführung und ihrer Gremien/Institutionen die hier benötigten Informationen zur Unterstützung der aufklärend und erklärend "vor Ort" tätigen PharmazeutInnen zu geben und mit einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit zu begleiten (dezentral und zentral). Es kann nicht Aufgabe der ABDA sein, den o.g. Institutionen das Recht auf Information und Aufklärung zu versagen. Gerade in Berlin müssen wir angesichts einer nicht abreißen lassen Kette von Skandalen erleben, dass die Kammer ihre Chancen und den ihr zur Verfügung stehenden geballten Sachverstand nicht nutzt, um öffentlichkeitswirksam pharmazeutisches Wissen verbrauchergerecht zu vermitteln.

Die große gesundheitliche Verunsicherung durch BSE, Maul- und Klauenseuche, arzneimittelbelastetes Fleisch, Legionellen und Meningitis hätten reichlich Gelegenheit geboten, über die Betroffenheit von pharmazeutischen Produkten, Leistungsfähigkeit und Ohnmacht von Pharmakotherapie, prophylaktisch sinnvollen Vorgehen und verbrauchergerechtes Verhalten aufzuklären.

Unser vielfältig hier vorhandener Sachverstand wurde nicht demonstriert und damit wieder eine Chance vertan, uns alle als qualifizierte Patientenanwälte und – berater zu beweisen.

Angesichts eines solchen Verhaltens tragen unsere Landesvertretungen aktiv dazu bei, dass die originäre Aufklärungs-, Informations- und Erklärungsverantwortung von PharmazeutInnen nicht wahrgenommen oder vernachlässigt werden.

Wenn man so etwas zulässt, riskiert man die Übernahme pharmazeutischer Verantwortung durch andere wie wir es zunehmend beobachten können.

Wir fordern die ABDA auf zu respektieren, dass der Ort der Informationsvermittlung und Aufklärung im richtigen Umgang mit Arzneimitteln nicht ausschließlich die private öffentliche Apotheke sein muss.

Die ABDA hat vielmehr dafür zu sorgen, dass – wo immer Erklärungsbedarf entsteht – Inhalt, Umfang und Art durch ApothekerInnen bestimmt, beschrieben und eingebracht werden.

Dann wird auch die Internetseite einer Krankenkasse zum willkommenen Werbeträger und Aushängeschild unserer Profession und Professionalität.

#### 3. Die schnelle Verfügbarkeit von Arzneimitteln

Schon heute zeichnet sich erkennbar ab, dass

die Apotheke zukünftig nicht mehr einziger Beschaffungsort für Arzneimittel sein wird. Das mag man bedauern, es dürfte aber kaum noch aufzuhalten sein. Allerdings glauben wir, dass Apotheken auf absehbare Zeit für eine schnelle und sichere Arzneimittelversorgung die entscheidenden Institutionen bleiben werden.

Sie werden sich aber um so deutlicher und anhaltender einer hohen Akzeptanz bei der Bevölkerung erfreuen, wie sie deren Ansprüche auf die persönliche kompetente Beratung und Information befriedigen können.

Sollte es bei der Entwicklung neuer Vertriebsformen und Wege (Internet, Versandapotheken) zu einem "Apothekensterben" kommen, dessen Ausmaß eine für die Bevölkerung notwendige schnelle und direkte Erreichbarkeit von Apotheken gefährdet, muss durch die Politik mit einer gezielten und bedarfsgerechten Niederlassungssteuerung einer solchen Entwicklung entgegen gewirkt werden.

Wir fordern von der Politik die Sicherung einer Apothekenversorgungsstruktur, die allen Menschen bei Bedarf eine wohnortnahe Versorgung garantiert.

#### 4. Jede(r) hat das Recht auf eine optimale Arzneimittelversorgung

Seit längerem lässt sich erkennen, dass neue, d. h. innovative, Arzneimittel immer teurer werden. Insbesondere dann, wenn sie wegen eines wirklichen therapeutischen Fortschritts, einen hohen Nutzen haben, müssen sie jedem Menschen unabhängig von Status und ungeachtet des Preises zugänglich gemacht werden.

Immer häufiger erleben wir in der Praxis, dass PatientInnen mit Verweis auf die Budgetierung die Verordnung medizinisch sinnvoller Medikamente verweigert wird.

Gleichzeitig müssen wir auch die Erfahrung machen, dass die Zahlungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung durch den wachsenden Umfang hochpreisiger neuer Medikamente zunehmend in Frage gestellt wird.

Neben der von uns seit langem geforderten Einführung einer Positivliste muss auch die Festbetragsregelung auf gesetzlich unanfechtbare Grundlagen gestellt werden.

Wir halten es für legitim, dass alle Möglichkeiten von Preiserleichterungen zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschöpft werden -

vorausgesetzt, die pharmazeutische Qualität ist gesichert.

Wir fordern das Recht für die GKV, über Preisverhandlungen Einfluss auf die Arzneimittelpreise zu nehmen.

Wir lehnen die Aufgabe der Arzneimittelpreisbindung ab, weil die Freigabe der Preise zu Lasten der Versorgungsqualität gehen würde und PatientInnen von den Krankenkassen gezwungen werden, preisgünstige Angebote einzuholen, Preisvergleiche vorzunehmen und bei Nichtbeachtung dieser Auflagen mit einem Malus "bestraft" würden.

Mit der Forderung auf Einhaltung bzw. Berücksichtigung dieser vier "essentials" sehen wir – unabhängig von neuen Entwicklungen auf der vertriebs- und Informationsebene – die Einbeziehung pharmazeutischen Sachverständs, sowie die Sicherstellung einer patientenorientier-

ten, bedarfsgerechten Beratung und Versorgung gewährleistet.

Nicht der aussichtslose Kampf gegen neue Medien, neue Vertriebsformen und andere Wissensvermittlung, nicht der standesinterne Verdrängungswettbewerb, sondern die Einbeziehung pharmazeutischen Sachverständs wo immer es um das Arzneimittel geht, muss unser Bestreben sein.

Uns hier als unentbehrlich zu erweisen, ist die größte Garantie dafür, dass unsere Profession als PharmazeutInnen auch weiterhin gebraucht wird, selbst dann, wenn es die Apotheke heutiger Prägung nicht mehr geben sollte.

Berlin, den 21. März 2001

Kontakt: Uli Breckheimer, Tel.: +49 4040397468  
Fax: +49 30 40397467  
E-Mail: Zietmann-Breckheimer@t-online.de

## Stellungnahme des VDPP zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Apothekengesetzes (BT-Drs. 14/756)

von Katja Lorenz

Die vorgesehenen Änderungen des Apothekengesetzes geben teilweise bereits praktizierten Vorgängen endlich den notwendigen rechtlichen Rahmen.

Im Folgenden sollen die einzelnen Punkte dahingehend betrachtet werden, ob und inwieweit sie geeignet sind, die Sicherheit in der Versorgung der Patienten zu erhöhen. Diesem Ziel muss unseres Erachtens vor allen Diskussionen über ökonomische Auswirkungen der Vorrang gegeben werden. Zumal es sich um einen Sektor handelt, in dem die Patienten ohnehin extrem belastet sind. Schnelle, unkomplizierte Verfügbarkeit der Arzneimittel, kurze Beschaffungswege und für die versorgende Apotheke eindeutige Verschreibungen sind eine große Erleichterung für alle Beteiligten.

Die **Ergänzung von §11** zu den Zytostatikazubereitungen legalisiert praktisches Vorgehen. Eine praktikable, sichere Lösung kann auf diesem Gebiet nicht anders aussehen.

Die **Einfügung von §12a** ist dringend erforderlich. Es ist bisher oft beobachtete illegale Praxis, dass eine Apotheke nach Rezeptsammlung durch das Heim dieses beliefert. Aber eben nur

beliefert und nicht versorgt! Der nun abzuschließende Vertrag bringt Sicherheit für alle Seiten, vor allem für die Heimbewohner, weil er Beratungs- und Informationspflicht und vor allem auch eine Überprüfung der Arzneimittelbestände im Heim einschließt. Zur Ausgestaltung der inhaltlichen Seite des Vertrages ist folgendes notwendig. Dieser Vertrag sollte nur eine begrenzte Laufzeit (evtl. 2 Jahre) haben, um im Falle mehrerer nahe gelegener Apotheken kein Dauermonopol zu schaffen. Sollten sich mehrere nahe gelegene Apotheken um einen solchen Versorgungsvertrag bemühen, müssen Beratungskompetenz - gerade auch in der Klinischen Pharmazie - und Qualifikationen der Beschäftigten den Ausschlag geben. *Illegale Preisnachlässe oder das Erlassen der Rezeptgebühren müssen wirkungsvoll unterbunden werden.*

Die **Neuformulierung von §14 Abs. 4 Satz 3** wird ebenfalls dazu beitragen die Patienten schneller, sicherer und vor allem richtig zu versorgen. In der Praxis der öffentlichen Apotheke gibt es mit den Verschreibungen aus KH-Ambulanzen und ähnlichen Einrichtungen mitunter Probleme, die die zeitnahe Belieferung verzögern. Wenn die Verschreibungen der Medikamente oder Medizinprodukte in Größe oder Stär-

medium zwischen Arzt und Apotheke für das Rezept, analog zum bisherigen Papierformular.

Die erste Variante wird von den Spitzenverbänden der GKV nachdrücklich unterstützt und auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mitgetragen. Die zweite Variante wird vor allem von den Apothekern gefordert, die im Interesse ihres Berufsstandes die Kundenbindung stärken wollen. Unter technologischen Gesichtspunkten ist die Server-Variante eindeutig vorzuziehen. Nur sie würde in moderner Form statistische Analysen, etwa der Verordnungen und der Compliance der Versicherten ermöglichen.

### Die Server-Lösung würde schließlich auch die Einbeziehung von Versandapotheken in die Arzneimittelversorgung erleichtern.

Die im ATG zusammengeschlossenen Institutionen haben daher der Server-Lösung den Vorzug gegeben.<sup>9</sup>

Die starke Beteiligung der Industrie bei diesen Aktivitäten zeigt, dass hier auch wirtschaftliche Interessen intensiv verfolgt werden. Dabei ist das Bewusstsein ausschlaggebend, dass die technischen Standards, die heute gesetzt werden, morgen über den Markt entscheiden könnten. Andere Länder machen es vor: Großbritannien plant, mit einem milliardenschweren Investitionsprogramm jeden britischen Patienten bis spätestens 2005 mit einer eigenen elektronischen Patientenakte zu versehen.

Noch ist Deutschland nach Ansicht des ATG, zumindest was die konzeptionelle Entwicklung des Elektronischen Rezeptes betrifft, "auf dem neuesten Stand der Gesundheitstelematik" und könnte "bei zeitnaher Umsetzung durchaus noch eine internationale Vorbildfunktion übernehmen."<sup>10</sup> Wir sollten uns aktiv dafür einsetzen, diese Chance zu nutzen. Immerhin macht der Bereich der Gesundheitsfürsorge nach Erkenntnissen der Initiative eEurope bereits heute 6 % des gesamten IT-Marktes aus, und zwar mit steigender Tendenz.<sup>11</sup> Für den Standort Deutschland bedeutet das eine nicht zu unterschätzende Option, aber auch die Verpflichtung, sich im internationalen Wettbewerb um den Gesundheitsmarkt der Zukunft zu behaupten.

Allein, es stellt sich die Frage, ob die Verbesserung der elektronischen Infrastruktur ausreichen wird, um die notwendige Modernisierung des Gesundheitssektors zu leisten, oder, ob es dazu nicht viel weitergehender Strukturveränderungen bedarf.

**Die ketzerische Frage muss erlaubt sein, worin eigentlich der Nutzen für die Beitragszahler besteht, ganze Versorgungsbereiche vom Wettbewerb auszunehmen, wie derzeit die Arzneimittelversorgung, ohne dass ein nachweisbarer Gewinn an Effizienz und Leistungsqualität zu beobachten wäre.**

Welche Funktion könnte hier die Arzneimittelversorgung per Versandhandel bzw. über das Internet einnehmen?

**Der Versandhandel von Arzneimitteln: Eine**

### sinnvolle Ergänzung?

Die Antwort der Apothekerverbände darauf ist so eindeutig wie vorhersehbar: Elektronisches Rezept ja, Online-Versand (womöglich an den niedergelassenen Apotheken vorbei!) nein.

Zwar betont auch die deutsche Apothekerschaft, dass sie den Errungenschaften des Internets nicht abgeneigt ist. So sollen die Patienten in wenigen Monaten ihre Bestellungen über ein virtuelles "Gesundheitsportal" eingeben und anschließend die Medikamente persönlich in der Apotheke abholen können. Eine Idee, die nach Ansicht von Fachleuten lediglich belegt, dass es den Apotheken nur darum geht, ihr bestehendes Monopol abzusichern.<sup>12</sup> Dieser Verdacht liegt nahe, wird doch der Wettbewerb immer wieder in vielen Bereichen vehement gefordert, wenn nach dem St. Floriansprinzip der jeweils andere Versorgungsbereich gemeint ist.

Daher soll, was nicht nur in den USA, sondern auch in anderen europäischen Ländern wie Großbritannien, den Niederlanden, Dänemark und der Schweiz gang und gäbe ist, für Deutschland nicht gelten: "Für den höchstmöglichen Sicherheitsstandard ist ein Versandhandelsverbot bei Arzneimitteln unverzichtbar" erklärt der ABDA-Präsident Hans-Günter Friese.<sup>13</sup> Nur so könne die notwendige Beratung der Patienten, wie z. B. Hinweise auf Wechselwirkungen und Einnahmempfehlungen erfolgen.

### Die Versandapotheke: Das Schweizer Modell

Jean-Pierre Krähenbühl von der schweizerischen Direktserviceapotheke MediService<sup>14</sup> sind diese Argumente wohlbekannt: Auch in der Schweiz sei die Einführung des Arzneimittelversandhandels lange Zeit mit dem Hinweis auf Qualitätsargumente abgelehnt worden. Dort allerdings mussten die ausgewiesenen Protektionisten der Apothekenlandschaft eine Niederlage nach der anderen einstecken: Nacheinander bescheinigten Verbraucher- und Patientenorganisationen, interkantonale Kontrollstellen für Heilmittel, die Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme (SQS), Kantonsregierungen, Wettbewerbskommissionen und schließlich das oberste Bundesgericht des Landes, dass der Versandhandel den althergebrachten Einzelapotheken in Qualität und Sicherheit in nichts nachsteht.

Dies hatten wiederholte Prüfungen des Qualitäts- und Sicherheitsstandards der Modelleinrichtung MediService bei Solothurn ergeben. Ein ausgeklügeltes Sicherheits- und Qualitätskonzept garantiert, dass die strengen Kriterien des schweizerischen (und EU-kompatiblen!) Heilmittelgesetzes für den Versandhandel mit Arzneimitteln (Art. 27 HMG) auch erfüllt werden: So muss das Arzneimittel nicht nur ärztlich verordnet sein und hohen Sicherheitsanforderungen entsprechen, es muss auch sichergestellt werden, dass die Patienten sachgemäß beraten und weiterhin ärztlich überwacht werden. Oberste Priorität hat die Patientensicherheit.

gibt.

### **Zukünftig kann also die medizinische Versorgung "aus einer Hand" die derzeit geltende Regelversorgung ergänzen.**

Erhoffte Wirkung: Durch besser aufeinander abgestimmte Versorgungsketten, effizientere Informationswege und schnittstellenübergreifende Kommunikation könnten die Versorgungsqualität für die Patienten gesteigert und die Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) reduziert werden.

Für die Patienten könnte das bedeuten: maßgeschneiderte Versorgungsangebote, kürzere Wege und Wartezeiten, schnellere Diagnosen und früherer Behandlungsbeginn. Doch auch die Leistungsanbieter könnten von den neuartigen Versorgungsstrukturen profitieren:

Christof J. Mutter von der Unternehmensberatung CMK rechnet bei einem ausgebauten Netzwerk allein "durch die kooperative Nutzung von Großgeräten, Laborgemeinschaften, gemeinsamen Einkauf" etc. mit Sparmöglichkeiten von 20 bis 25 %.<sup>4</sup>

Als nicht zu unterschätzender Zusatzeffekt winke den Vorreitern der Vernetzung bei geschicktem Marketing zudem ein Imagegewinn, der sich gegenüber anderen Leistungsanbietern positiv auswirke: "In einem Gesundheitsmarkt mit zunehmend anspruchsvolleren Patienten bei gleichzeitigem Zuwachs der Informationsmöglichkeiten wird die Leistungsqualität zum entscheidenden Wettbewerbsfaktor. Wer nicht vorn dabei ist, wird es zunehmend schwerer haben, Patienten zu gewinnen, sofern er nicht konkurrenzlos ist. Qualität wird mehr als bisher bare Münze bedeuten."<sup>5</sup>

Damit ist aber auch gesagt, dass es nicht nur Gewinner geben wird:

Den Chancen und Ertragspotenzialen, die auf lange Sicht durch die integrierte Versorgung zu erwarten sind, stehen zunächst die hohen logistischen und auch finanziellen Anforderungen gegenüber, die notwendig sind, um ein funktionsfähiges Versorgungsnetz aufzubauen. Zudem enthält die Idee der integrierten Versorgung, ob ausgesprochen oder nicht, immer auch die Vorstellung eines - erwünschten - Systemwettbewerbs. Aber unabhängig davon, ob die integrierte Versorgung eines Tages die gegenwärtige Regelversorgung ablösen wird oder nicht, werden ihre eigentlichen Potenziale erst dann sichtbar, wenn den Vertragspartnern genügend Freiraum zugestanden wird, um tatsächlich bedarfsorientierte und differenzierte Versorgungsangebote zu entwickeln.

### **Einsparpotenziale im Arzneimittelbereich durch das Elektronische Rezept**

Bei der Suche nach neuen und effizienteren Versorgungsstrukturen sollten alle an der medizinischen Versorgung beteiligten Akteure mit einbezogen werden. Auch wenn die Vertragspartner in § 140 b Abs. 2 SGB V etwas diffus als "sonstige an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringer" bezeichnet werden, sollte klar sein, dass eine sinnvolle Vernetzung z. B. nicht ohne den wichtigen Bereich der

Arzneimitteldistribution erfolgen kann.

Gerade hier könnte sich anhand neuer Versorgungsmodelle zeigen, ob z. B. die fachliche Kompetenz von 10 Semestern pharmazeutischen Studiums nicht sinnvollere Verwendung finden könnte, als für die Abgabe von Arzneimitteln hinter einer Verkaufstheke. Möglichkeiten, das Berufsbild des Apothekers in Bezug auf die Beratungsleistungen zu erweitern, sind durchaus vorhanden: Durch die Vernetzung der Apotheke mit Ärzten, Kassen und Patienten - z. B. mit Hilfe einer neuen technologischen Infrastruktur im Zusammenhang mit dem Elektronischen Rezept - entstünde ein transparentes Bild von Arzneimittelverordnungen und -abgabe. Die Apotheke wäre dann nicht nur technisch in der Lage, sondern gegebenenfalls auch dazu verpflichtet, kontrollierend und steuernd auf die Arzneimittelabgabe einzuwirken.

### **Durch die individuelle Beratung von Ärzten, aber auch der Patienten durch die Apotheker könnte zumindest auf die Über-, Unter- und Fehlversorgung im Arzneimittelbereich positiv eingewirkt werden.**

Ein wesentlicher Bestandteil dieses Szenarios ist die flächendeckende Einführung des Elektronischen Rezeptes.<sup>6</sup> Allein durch die elektronische Rezeptübermittlung ließen sich laut Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen (ATG) dreistellige Millionenbeträge einsparen, denn in dieser Größenordnung wird die GKV durch fehlerhafte Zuzahlungsbefreiungen, unzulässige Rezeptmanipulationen, Irrläufer etc. belastet. Allein die Aufwendungen für die manuelle Nachbearbeitung und das Einscannen der Belege betragen 60 Mio. DM pro Jahr.<sup>7</sup> Der Fehlbetrag durch unzulässige Zuzahlungsbefreiungen wird auf über 500 Mio. DM beziffert.

Die zusammenfassende Bewertung des derzeitigen Verfahrens durch das ATG ist dementsprechend vernichtend: Der mehrfache Wechsel zwischen Papier und Computer erzeuge Qualitätsmängel, Verzögerungen und Kosten, die nicht mehr den aktuellen Erfordernissen einer modernen Honorar- und Gesundheitspolitik entsprechen.<sup>8</sup> Angesichts des zunehmend härter werdenden europäischen Wettbewerbs ist das eine bedenkliche Entwicklung.

### **Eine Möglichkeit zur effizienteren Übermittlung von Daten wird von vielen in der elektronischen Chipkarte gesehen.**

Es existieren zahlreiche Projekte auf nationaler und europäischer Ebene, in denen mit großem Einsatz die Anwendungsmöglichkeiten und Einführungsbedingungen der medizinischen Chipkarte als Datenträger ausgelotet werden.

Für die praktische Umsetzung des Elektronischen Rezeptes bestehen prinzipiell zwei Möglichkeiten: Bei der ersten Variante nutzen die verordnenden Ärzte und die Apotheken einen Server-Verbund, über den die gespeicherten Rezepte abgerufen werden. Die Chipkarte des Versicherten dient in diesem Modell nur als Identifikationskarte in der Apotheke. Bei der zweiten Variante dient die Chipkarte als elektronisches Träger-

ke nicht eindeutig sind, ist das Nachfragen beim verschreibenden Arzt oft viel schwieriger zu bewältigen, als bei den in der Regel leicht zu erreichenden niedergelassenen Ärzten. *Obwohl wir uns sehr bewusst sind, dass gerade diese Verschiebung des Versorgungsauftrages nicht unerhebliche Verluste für die öffentlichen Apotheken bedeuten, stimmen wir im Sinne einer verbesserten Betreuung der Patienten zu.*

Die **Regelung zum §14 Abs. 4 Satz 4**, dass entlassenen Patienten in dringenden Fällen durch die KH-Apotheke für 3 Tage mit Medikamenten ausgestattet werden können, begrüßen wir ausdrücklich. Gerade für diese Patientengruppe, ist es in der Regel problematisch, sofort den Hausarzt bzw. die Apotheke aufzusuchen. Die Versorgung unter dem Zeitdruck eines Wochenendes o.ä., gestaltet sich auch hier bei notwendigen Nachfragen sehr schwierig. Außerdem erhalten die Patienten in den Kliniken bisher oft Privatrezepte für den Bedarf der ersten Tage. Diese Ver-

schreibungen werden dann Tage später vom Hausarzt in Kassenrezepte umgeschrieben und müssen dann wiederum in die Apotheke zur Rückzahlung gebracht werden. Die Neuregelung ist eine große Erleichterung für die oft noch bettlägerigen Patienten. Sie ist jedoch streng auf 3 Tage zu beschränken und muss wirklich dringenden Fällen vorbehalten bleiben, um die klar bestehende und sich gut bewährende Funktionsteilung zwischen öffentlicher und KH- (versorgender) Apotheke zu gewährleisten.

Gegen die Aufnahme der dauernd ärztlich geleiteten Pflegeheime und der Rettungsdienste in **§14 Abs. 6 Satz 2** ist nichts einzuwenden.

*Wir erwarten für alle Änderungen im Gesetz eine Gleichstellung von KH- und KH-versorgender Apotheke. Aus unserer Sicht gibt es keine qualitativen Unterschiede und deshalb keinen Grund, den krankenhausversorgenden Apotheken den Zugang zu bestimmten Gebieten zu verweigern.*

## **Stellungnahme des VDPP zu Fragen des elektronischen Handels (E-Commerce) mit Arzneimitteln**

von Michael Höckel

Grundsätzlich begrüßt der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten die offene Herangehensweise an das Thema und die Anhörung der hauptsächlich betroffenen Berufsgruppe, den ApothekerInnen.

Wir sind ebenso der Meinung, dass die Diskussion über das Aufstellen von Regeln für den Arzneimittelhandel durch Apotheken zur Sicherung des VerbraucherInnenschutzes in Deutschland geführt werden muss.

Wir vertreten jedoch die Meinung, dass E-Commerce nur ein Themenbereich von vielen noch zu regelnden Bereichen im Gesundheitswesen darstellt. Es besteht häufig eine übertriebene Erwartungshaltung zur Lösung von Problemen durch den Versandhandel. Die Erfahrungen mit Blutzuckermessgeräten und anderen Hilfsmitteln zeigt, dass viele Anbieter den schnellen Verdienst durch Massenabgabe suchen. Der einzelne Patient ist oftmals überfordert und sucht Hilfe in seiner Apotheke vor Ort.

Des weiteren besteht auch die Gefahr der Kanalisierung von Verordnungen, ohne dass der ein-

zelne Patient im Einzelfall noch entscheiden kann wo, wie und von wem er seine Arzneimittel mit Beratung abgegeben bekommt.

Die Auswirkung auf einzelne Kommunen bezüglich Notdienstregelungen, das Fehlen menschlicher, fachlicher und professioneller pharmazeutischer Betreuung für Patienten vor Ort und auch die verlorene Umsatzsteuer sollten nicht vergessen werden. Diese Probleme werden erst bewusst, wenn keine Apotheken vor Ort mehr in ausreichender Anzahl zur ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Das Einführen von getrennten Vergütungen für die reine Logistik mit Minimalberatung, der Logistik mit Beratung und der Logistik mit pharmazeutischer Betreuung, angelehnt an das Modell in der Schweiz, sollte diskutiert werden.

Die Kontaktaufnahme der Patienten mit Apotheken via Internet muss in Zukunft sicher gestaltet werden. Für die Bestellung eines Arzneimittels, ob apotheken- oder rezeptpflichtig, gehören klare Regelungen verfasst. Die beste Lösung wäre

das Anbieten der Abholung in der ausgewählten Apotheke und/ oder das Zustellen mit begleitender telefonisch-mündlicher oder schriftlicher, auf den Einzelfall bezogener, pharmazeutischer Beratung oder Betreuung. Das Arzneimittel ist keine Konsumware und darf auch nicht durch den Arzneimittelversand börsennotierter Großunternehmer zur Konsumware verkommen.

Der Arzneimittelsicherheit ist durch die heutige Gesetzes- und Verordnungslage in den deutschen Apotheken genüge getan. Eine Anpassung an die geänderten Bedingung durch E-Commerce scheint jedoch sinnvoll, z.B. müssen die Wege zum Verbraucher geregelt sein. Das Einrichten eines gemeinsamen Portals ausgestattet einer Suchfunktion zum Finden wohnortnaher Apotheken scheint erstrebenswert. Die E-Commerce-Tätigkeiten einer zertifizierten Apotheke sollten auch in das Qualitätsmanagement

## Internet und Versand von Arzneimitteln - eine Diskussionsvorlage

von Udo Puteanus

### Positives zum Versand (z. B. via Internet):

#### *Kostenvorteil:*

Versand bringt Kostenvorteile bei einzelnen Präparaten. Es ist allerdings zu prüfen, inwieweit die Kostenvorteile nicht auch durch Reimporte oder Parallelimporte sowie durch Generika realisiert werden können. Dieses Argument steht bei Kostenträgern sowie Anhängern des Schlagwortes "Apothekenpreise" in hohem Kurs und wird mit Forderungen nach Arzneimittelsicherheit bei der Internetbestellung vorgebracht (Krankenkassen, Verbraucherverbände, Teile der Politik etc.).

#### *Anonymität:*

Die Bestellung per Internet, womöglich im Ausland, garantiert geradezu höchstmögliche Anonymität, was bei Präparaten wie Viagra u.ä. ein wesentlicher Vorteil für den Bestellenden sein kann.

#### *Niedrigschwelligkeit:*

Die Bestellung kann von zu Hause erfolgen. Sie kann zudem quasi als "Nebenprodukt" beim Internet-Surfen geschehen. Das ist gegenüber dem Telefon dann ein wesentlicher Vorteil, wenn der Einzelne einer Telefonbestellungen (einem Telefongespräch) eher ablehnend gegenüber-

vor Ort aufgenommen werden. Die Zulassungs- und Genehmigungsbedingungen für Apotheken müssen auf höchster Sicherheitsstufe angepasst werden. Eine sichere Reglementierung der Problemereiche im Gesundheitswesen wie Vorbeugung und Früherkennung von Erkrankungen, gesicherte Informationen über Produkte zur Nahrungsergänzung und Beratung zu Arzneimitteln im Rahmen von unkonventionelle Therapierichtungen durch Apotheken bietet sich geradezu an.

Die ökologische Dimension des Zusendens von Arzneimitteln wird leider, wie in anderen Handelsparten auch, überhaupt noch nicht berücksichtigt. Sollte das Zustellen, auch der kleinsten Verkaufseinheiten in die einzelnen Haushalten Ziel einer ökologisch orientierten, zukunftssichernden Politik sein?

steht.

Dies ist auch dann von Vorteil für den Einzelnen, wenn er sich zu erwartenden Nachfragen des Apothekenpersonals entziehen möchte.

Man könnte dies auch deswegen als Vorteil sehen, weil der Kunde nicht befürchten muss, durch Aktivitäten des Apothekenpersonals in Richtung Zusatzverkäufe beeinflusst zu werden.

#### *Trendcharakter:*

Wer per Internet bestellt, ist "in" bzw. fühlt sich "in".

Er wird in dieser Meinung durch die Berichterstattung über den Trendcharakter der New Economy bzw. E-Commerce bestärkt.

Berichte über Gefahren und die Illegalität des Bezugs von Arzneimitteln per Internet können - vergleichbar dem Rauchen oder dem Alkohol - den Genusscharakter des Internetbestellens erhöhen.

#### *Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung:*

Per Versand - über Internet oder sonst wie - können sich für chronisch Kranke Erleichterungen ergeben, wenn sie pünktlich ihre Arzneimittel ins Haus bekommen und durch eine entsprechende EDV Interaktionschecks etc. durchgeführt werden. Durch den Botendienst vieler Apo-

## Versandhandel versus Einzelapotheke

### Chancen für den Wettbewerb durch Neue Medien: Mehr Transparenz und Kostenbewusstsein?

von Eike Hovermann MdB, Berlin

**Die neuen Medien haben das Gesundheitswesen erreicht und stellen Krankenkassen und Leistungserbringer vor wichtige Richtungsentscheidungen. Diese betreffen nicht nur Fragen der technischen Infrastruktur, sondern greifen tief in die tradierten Abläufe und Organisationsstrukturen der Gesundheitswirtschaft ein. Eike Hovermann MdB skizziert den Handlungsbedarf und die Chancen, die sich durch den Einsatz neuer Kommunikationsmedien für die Integrationsversorgung und die Versorgung mit Arzneimitteln ergeben.<sup>1</sup>**

Das Internet und die Neuen Medien gehören heute bereits zum alltäglichen Leben und Arbeiten sehr vieler Menschen; technische Neuerungen wurden selten von so vielen Menschen so schnell akzeptiert wie heute.

**Der Aufbruch in das Informationszeitalter macht auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt, und das ist gut so: Verspricht doch der innovative Einsatz von Informations- und Kommunikationstechniken gerade im ökonomisch stark gebeutelten Gesundheitsbereich ungeheure Chancen, die gesundheitliche Versorgung effektiver, kostengünstiger und hochwertiger zu gestalten.**

In den letzten Jahren hat die "Telemedizin", d. h. der Einsatz der Neuen Medien in der Medizintechnik, durch spektakuläre Erfolge auf sich aufmerksam gemacht. Bekannt sind die Bilder von Operationen mit modernster mikroinvasiver Technologie, Berichte über interaktive "Home-Care"-Modelle, oder die Vision des "virtuellen Krankenhauses", die erst durch hochwertige Datenfernübertragung von Röntgenbildern etc. ermöglicht wurde. Gerade in ländlichen Gebieten, die nicht immer über Spezialkliniken verfügen oder schwer zugänglichen Orten ist dies ein großer Vorteil: Spezialisten können ihr Fachwissen per Computer zur Verfügung stellen, der Behandlungsbedarf kann früher beurteilt und medizinische Eingriffe wie Notoperationen können gezielter vorbereitet werden. Durch den Patiententransport geht so keine unnötige Zeit mehr verloren; die Heilungschancen steigen. Nach den stationären Eingriffen kann auch die anschließende Betreuung der Patienten durch Fernüberwachung zu Hause erleichtert werden.<sup>2</sup>

Doch die Einsatzmöglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologie für die Gesundheitsversorgung - auch Telematik genannt -3 gehen darüber hinaus:

- So könnten Kliniken, Arztpraxen und Rehabilitationszentren durch einen verbesserten Informationsfluss untereinander ihre Arbeitsabläufe besser koordinieren.
- Lange Wartezeiten und belastende Mehrfachuntersuchungen könnten den Patienten in Zukunft erspart bleiben.
- Berge von Papier in Form von Abrechnungsbelegen, Arztbriefen und Rezepten könnten durch die elektronische Übermittlung zukünftig der Vergangenheit angehören.
- Ärzte, Apotheker und Angehörige anderer medizinischer Fachberufe könnten vermehrt auf das Informationsangebot zugreifen, das z. B. in Form von Datenbanken oder des Internets zur Verfügung steht.
- Elektronische Recherche und die Diskussion mit Fachkollegen erweitern die medizinische Fachkompetenz; die Patienten ihrerseits finden nützliche Anwendungen zur Information über ihre Krankheitsbilder und zur Selbsthilfe.
- Große Hoffnungen werden auf die Weiterentwicklung der Versichertenkarte gesetzt: Zusätzliche Verfahren könnten ergänzt werden, um die Karte vor Fälschungen zu schützen (z. B. durch eingespeicherte Fotos) und durch medizinische Daten, die eine Verwendung der Karte vom Notfallausweis bis hin zur elektronischen Patientenakte ermöglichen.

Der Einsatz von Telematik ist nicht zuletzt die Voraussetzung für die verstärkte Kooperation und Verzahnung von bislang getrennten Versorgungsbereichen durch fachlich abgestimmte Versorgungsketten, so wie sie mit den im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeführten §§ 140 a bis h des SGB V ("integrierte Versorgung") gefördert werden sollen.

### Telematik: notwendiger Baustein für die integrierte Versorgung

Den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern sollte, so die Intention des Gesetzgebers, rechtlich die Möglichkeit gegeben werden, auch an den Kassenärztlichen Vereinigungen vorbei Verträge über integrierte Versorgungsformen abzuschließen. Die entsprechenden Rahmenvereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV sind nach §140 d inzwischen in Kraft getreten, auch wenn es über ein Beteiligungsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen bislang noch unterschiedliche Auffassungen



## Bayerns BKKen verhandeln mit mehreren Internet-Apotheken

Grundlage der Geschäftsbeziehungen soll der Apothekenvertrag sein / Besondere Vereinbarungen für die Zustellung von Arzneimitteln

MÜNCHEN (sto). Der BKK Landesverband Bayern verhandelt derzeit mit einigen Internet-Apotheken über die Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen in Bayern mit Arznei- und Verbandmitteln. Um welche Internet-Apotheken es sich handelt, wollte die Sprecherin des BKK Landesverbands nicht mitteilen.

Daß es sich dabei aber offenbar um konkrete Gespräche handelt, zeigt ein Vertragsentwurf des BKK Landesverbandes, der der "Ärzte Zeitung" vorliegt. Demnach soll Grundlage der Vertragsbeziehungen zwischen dem Landesverband und der Internet-Apotheke der zwischen dem Bayerischen Apothekerverband und den Primärkassen geschlossene Apothekenvertrag für Bayern in der jeweils letztgültigen Fassung sein. Außerdem sollen deutsches Recht und vor allem die Vorschriften des SGB V gelten.

Nach dem Vertragsentwurf sollen sich die abrechenbare Preise grundsätzlich nach den deutschen Apothekenabgabepreisen richten, von denen es jedoch

einen prozentualen Abschlag geben soll. Über die Höhe des Abschlags wird derzeit verhandelt. Besondere Vereinbarungen soll es für die Zustellung von Arznei- und Verbandmitteln geben. So muß die Versandapotheke eine Zustellung an die vom Versicherten angegebene Adresse viermal versuchen. Ist auch dann eine Zustellung nicht möglich, sollen Patient und Betriebskrankenkasse informiert werden.

Grundsätzlich sollen nach dem Vertragsentwurf Fertigarzneimittel und Verbandmittel, die nicht zugestellt werden können, nicht in Rechnung gestellt werden können. Ausnahmen soll es jedoch für rezepturmäßig hergestellte Arzneimittel sowie für selten verordnete Fertigarzneimittel geben. Dem Versicherten entstehen keine Zustellkosten. Für die Qualität von Abgabe, Abrechnung, Warentransfer sowie Ärzte- und Versicherteninformationen sieht der Entwurf die für Apotheken üblichen Regelungen des zertifizierten Qualitätsmanagements vor.

## Apotheker in Nordrhein bieten ab sofort Bestellservice im Web an

Reaktion auf die Konkurrenz durch Online-Apotheken / Dichtes Netz als Vorteil

DÜSSELDORF (akr). Die nordrheinischen Apotheker haben auf ihrem Internetportal einen Medikamenten-Bestellservice eingerichtet, mit dem Patienten ab sofort Arzneimittel vormerken lassen können.

Im World Wide Web lauern mit den Online-Versandhäusern für Medikamente die künftigen Konkurrenten der deutschen Apotheker. Das setzt die Pharmazeuten unter Zugzwang, das Medium selbst gezielt zu nutzen. Wer im Bezirk Nordrhein Medikamente reservieren lassen möchte, wird von der Homepage des Verbandes auf den Medikamenten-Vorbestellservice geleitet. Dort kann der Nutzer in eine Suchmaske die Apotheke seiner Wahl eingeben.

"Außerdem ist es möglich, mit Hilfe der Postleitzahl eine Apotheke zum Beispiel in der Nähe des Arbeitsplatzes zu suchen", erklärte der Vorsitzende des nordrheinischen Apothekerverbandes, Thomas Preis. Anschließend muß der Nutzer in die Maske das benötigte Medikament, seinen Namen sowie seine Telefonnummer eingeben und die Bestellung abschicken. Sollte der Apotheker das Arzneimittel nicht vorrätig haben und nicht kurzfristig besorgen können, nimmt er Kontakt zum Patienten auf. Ansonsten kann der Kunde davon ausgehen, daß sein Medikament in wenigen Stunden für ihn bereit liegt. Der Service kostet den Nutzer nichts.

Das dichte Apothekennetz in Nordrhein garantiere, daß der Kunde keine langen Wege in Kauf nehmen

müsse, erklärte Preis. "Kein Versandhandel kann so schnell liefern wie unsere 2400 Apotheker", betonte er. Preis warnte vor einer Freigabe des Verkaufs von Medikamenten über das Internet und damit des Versandhandels mit Arzneimitteln. Dies würde große ordnungspolitische Auswirkungen haben, sagte er. "Apotheken haben einen Versorgungsauftrag, den Versandhäuser nicht erfüllen können."

Mit einem wesentlichen Vorteil des internetgestützten Versandhandels für den Verbraucher kann das System der nordrheinischen Apotheker allerdings nicht dienen: der Lieferung des Arzneimittels an einen gewünschten Ort. Die Apotheker planen nicht, ihre Dienstleistungen auszubauen und beispielsweise einen Zustelldienst einzurichten. "Wir wollen an der Abholung in der Apotheke festhalten", betonte Preis.

Vor kurzem hat die Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (ABDA) angekündigt, ab dem Sommer mit einem Informations- und Medikamentenvorbestellsystem online zu gehen (wir berichteten). Die Apotheker in Nordrhein gehen davon aus, daß ihr System und das der ABDA problemlos nebeneinander existieren können.

Der Vorbestellservice ist zu finden unter [www.apotheker-nordrhein.de](http://www.apotheker-nordrhein.de)

(aus: Ärzte-Zeitung vom 18. 5. 2001)

theken wird dieser Service schon heute häufig angeboten. Die Argumente Kostenvorteil, Anonymität, Trendcharakter und Niedrigschwelligkeit können auch hier angeführt werden.

*Aufgreifen neuer Geschäftsideen, Wirtschaftsstandort Deutschland bei neuen Technologien:*

Wenn in Deutschland der Aufbau von Internet-Apotheken verschlafen wird, können sich ausländische Anbieter den lukrativen deutschen Markt aufteilen mit entsprechenden Nachteilen für die Wirtschaft (u. a. Apotheken und Großhandel) und die Arbeitsplätze.

### Nachteile:

*Arzneimittelsicherheit:*

Derzeit sind die Angebote im Internet zu einem großen Teil unseriös, teilweise gefährlich. Die Arzneimittelsicherheit ist gefährdet. Wenn es gelänge, die Arzneimittelversorgung auf das Niveau der Versorgung durch Apotheken zu heben, könnte das Problem behoben werden. Außerdem wird der Bezug von Arzneimitteln zu Missbrauchszwecken vereinfacht (Dopingmittel etc.)

*Arzneimittelversorgung per Internet lässt sich nicht kontrollieren:*

Bereits jetzt zeigt sich deutlich, dass der Bezug von Arzneimitteln aus dem Ausland nicht richtig zu kontrollieren ist. Die Überwachung hat nicht die Möglichkeit, flächendeckende Kontrollen in Deutschland durchzuführen. Noch weniger scheint dies im europäischen Ausland möglich zu sein. Außerdem arbeiten die Überwachungsbehörden bei uns und im Ausland nach unterschiedlichen rechtlichen Vorgaben und vielleicht auch unter unterschiedlichen "kulturellen" Voraussetzungen.

*Die individuelle Beratung face to face entfällt:*

Nach meinem humanitären Verständnis ist im Prinzip eine zwischenmenschliche Beziehung von Angesicht zu Angesicht immer noch wertvoller, als ein telefonischer Anruf oder die E-Mail-Kontakt, auch wenn solche elektronischen Kontakte eine sinnvolle Ergänzung sein können. Insgesamt fände ich es aber sinnvoll, zwischenmenschliche Kontakte auch im Arzneimittelbereich zu pflegen und auszubauen. Allerdings muss an der Professionalität, Authentizität und Fachlichkeit in deutschen Apotheken, bei Ärzten und sonstigen Institutionen der Arzneimittelversorgung einiges verbessert werden. Es ist durchaus möglich, dass bereits heute einige Anbieter im Internet in dieser Hinsicht Vorbildliches leisten.

*Es droht ein Umbruch der Apothekenlandschaft:*

Die flächendeckende Versorgung durch Apotheken wäre gefährdet, sofern sich ein relevanter Markt per Versand entwickeln würde. Ob dies in den Städten mit hohen Mieten und hoher Apothekendichte von Nachteil wäre, sei dahingestellt. Sobald aber Apotheken in Vororten oder auf dem Lande Apotheken geschlossen werden müssten, brächte dies Nachteile für die Kunden. Durch Versand geriete sicherlich irgendwann auch die Arzneimittelpreisverordnung ins Wanken.

Der Kaufmannscharakter des Apothekerberufes wird gegenüber dem Heilberufscharakter gestärkt. Der Wettbewerbsdruck steigt.

*Lieferzeiten:*

Derzeit sind die Lieferzeiten der Internet-Apotheken zu lang. Der Kunde muss bis zu 48 Stunden auf sein Arzneimittel warten. Es kann natürlich nicht verschwiegen werden, dass auch viele herkömmliche Apotheken häufig nicht sofort liefern können, sei es aufgrund des umfangreichen Marktangebots, sei es aufgrund der kaufmännischen Überlegung, Lagerkosten zu sparen.

*Arbeitsplätze gehen verloren:*

Wenn Apotheken schließen müssen und auch der Großhandel betroffen wäre, könnte es zu einem Arbeitsplatzabbau kommen.

*Ökologische Gesichtspunkte bleiben unberücksichtigt:*

Wie bereits in der Stellungnahme des VDPP ausgeführt bleiben die ökologischen Argumente in der Diskussion über Versand derzeit unberücksichtigt.

*Das Sachleistungsprinzip wird gefährdet:*

Wenn die Kostenträger den Arzneimittelbezug aus dem Ausland finanzieren, ist dies derzeit nur nach dem Kostenerstattungsprinzip möglich. Per elektronischem Rezept und vertraglichen Beziehung lässt sich dieses Problem lösen. Allerdings besteht derzeit die Gefahr, dass zunächst der Versand möglich wird, bevor die anderen Regelungen unter Dach und Fach sind. In dieser Situation bliebe nur der Wechsel zum Kostenerstattungsprinzip mit seinen Nachteilen für den Versicherten. Ist erst mal die Tür geöffnet, könnte bei entsprechender politischer Konstellation der Trend zum Kostenerstattungsprinzip überhand nehmen.

*Der Trend zur Kommerzialisierung der "besonderen Ware" Arzneimittel wird gestärkt:*

Sobald Arzneimittel aus dem System einer besonderen Versorgungskette herausgenommen werden, verlieren sie auch den Charakter einer Ware besonderer Art. Bei niedrigschwelligem Be-

Beratungsleistungen der Apotheken objektiv und ohne Beeinflussung durch die Apothekerschaft untersuchen können.

*An die Adresse der Verbraucherorganisationen:*  
Wir unterstützen die Arbeit am Kriterienkatalog für den Versandhandel, fordern aber eine höhere Sensibilität bei öffentlichkeitswirksamen Aktionen, um dem Versandhandel via Internet nicht zu ungerechtfertigter Popularität zu verhelfen.

*An die Adresse der Gesundheitspolitik:*  
Vorbereitung von arzneimittelrechtlichen Bestim-

mungen für Deutschland, wenn sich der Versand nicht verhindern lässt, und Initiative auf europäischer Ebene, um die Arzneimittelsicherheit bei einem Versand zu gewährleisten. Stärkung der Überwachung in Deutschland und Starten einer Initiative auf europäischer Ebene, dass auch dort Entsprechendes getan wird. Man darf sich aber nicht im Unklaren darüber sein, dass hier äußerst dicke Bretter zu bohren sind. Wirksame Unterstützung von Initiativen zur verbraucherorientierten Aufklärung und Unterstützung der Bevölkerung für einen verantwortungsvollen Arzneimittelkauf und -verbrauch.

## Gibt es eigentlich die ERFA-Gruppe noch?

von Bernd Rehberg

Aber gewiss gibt es sie noch, unsere ERFA-Gruppe. Wir haben auch noch Interesse an der Teilnahme weiterer interessierter KollegInnen, deshalb folgt hier ein Bericht von unserem letzten Treffen am 5. und 6. Mai 2001 in Hameln bei Dorothea Hofferberth.

Wir waren insgesamt sieben Teilnehmer, neben Dorothea als Gastgeberin haben sich noch Monika, Jutta, Wolfgang, Udo, Christl und Bernd eingefunden. Das Treffen begann mit einem Mittagessen und sich anschließendem Smalltalk, ab 16.30 Uhr diskutierten wir die Themen.

1. Euro
2. Pharmazeutische Betreuung
3. E-Commerce und Internet
4. Verschiedenes

Nur ein paar Stichworte zu TOP 1: Banderolen für Kleingeld, ev. Münzvorrichtungen - Freiwahl in Euro groß auszeichnen in glatten Beträgen - DM klein anzeigen - kalkulieren in Euro, wenn Ware neu kommt - abweichendes Wirtschaftsjahr: schon ab Beginn des Wirtschaftsjahres alles in Euro - Boten aktivieren zum Geld rollen und zur Bank bringen - Schlangen vor den Bankschaltern!! - sechsfache Menge an Kleingeld bei der Bank bestellen - nach einer Woche ist alles gelaufen, vielleicht auch nach zwei Wochen - Münzen sammeln, z.B. Kaffeekasse, Blutdruckmesskassette - Spielgeld von der Bank zum Üben - Achtung Trickbetrüger, wir kennen das Geld noch nicht, wie fühlt sich das Papier an.

Es schloss sich eine Diskussion über die Zukunft

der Gruppe an. Wir werden uns weiter treffen. Zweimal im Jahr in wollen wir es in eigener Regie organisieren, eventuell soll ein drittes Treffen im Rahmen eines Firmenevents o. ä. stattfinden. Da wir uns privat treffen werden, fallen nur geringe Kosten an. Wir verstehen uns als eine Art strukturierter Stammtisch. Es wird eine Tagungsordnung aufgestellt und ein Diskussionsleiter gewählt. Wir tauschen Informationen geschäftlicher und privater Art im Unterhaltungsstil aus und diskutieren Probleme des Gesundheits- und Apothekenwesens. Wichtig ist uns der persönliche, freundschaftliche Kontakt untereinander. Er ist ein wesentlicher Motor unseres Treffens.

Die großen Visionen der ersten Tage sind vorbei. Unsere Ansprüche haben sich reduziert. Trotzdem oder gerade deshalb sind wir zufrieden damit. Wir gehen kaum noch zur 1. Mai-Demonstration u. ä. Wir fragen uns öfter, "was bringt das für mich?" Wir können nichts mehr pushen, wir werden keine Vorreiter mehr sein. Aber wir fühlen uns immer noch aktiv genug, uns einer überzeugenden Aktion anzuschließen.

Die Ansprüche an die Patientenbetreuung, die wir zu Beginn der ERFA-Gruppe aufgestellt hatten, sind heute Standard unseres Berufs - zumindest in den offiziellen Verlautbarungen. Was bleibt dann noch? Irgendwie scheint uns der Boden entzogen zu sein.

Neue Mitglieder sind willkommen. Sie werden über die Struktur der Gruppe informiert und erhalten die Ausarbeitung unserer Gruppe von vor anderthalb, wie den Leitfaden der ERFA-Gruppe und die Ausarbeitungen zur Patientenberatung

- die Vergabe der Kriterien erfolgt nur für einen überschaubaren Zeitraum (z.B. ein Jahr), nach dessen Ablauf sich der Siegelinhaber einer erneuten Überprüfung unterzieht und die Möglichkeit für die Siegel vergebende Stelle besteht, die Kriterien aktuellen Entwicklungen anzupassen
- die vergebende Stelle führt Stichprobenkontrollen hinsichtlich der Einhaltung der Kriterien durch

- für Verstöße gegen die Kriterien werden vorab verbindliche Sanktionen festgelegt, die bei Wiederholung bis zum Entzug der Nutzungsberechtigung der Kennzeichnung führen
- die vergebende Stelle berichtet regelmäßig gegenüber der Öffentlichkeit, jedoch mindestens halbjährlich über die Verbreitung bzw. den Stand der Nutzung.

13.12.2000

## Viele Arzneimittel mit Risikomaterial vom Rind hergestellt Können Medikamente BSE übertragen?

**Mehr als jedes zweite Arzneimittel wird unter Verwendung von Wirksubstanzen und Hilfsstoffen aus tierischen Materialien hergestellt. Gerade auch Organe der Kuh sind Ausgangsmaterial für - zum Teil verbreitete - Bestandteile von Pharmaka. Wir baten Dr. U. Hagemann vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) um eine Einschätzung der Sicherheit von Medikamenten bezüglich BSE.**

NACHGEFRAGT BEI DR.MED. U. HAGEMANN, BONN

*"Die Tatsache, dass es bei Arzneimitteln kein definitives Verbot von Hochrisikomaterial gibt wie bei Kosmetika, bedeutet nicht, dass sie unsicherer sind - man stellt die Sicherheit nur auf andere Art her."*

MMW: Wie sicher sind in Kapselform verabreichte Medikamente?

Hagemann: *Zumindest teilweise wird Kapselgelatine aus Rinderknochen gewonnen. Diese werden intensiven chemischen Prozeduren unterzogen, wobei der effektivste Schritt das ausgiebige Kochen mit Natronlauge ist: Diese Maßnahme zerstört erwiesenermaßen die Prionenproteine und nimmt ihnen die Infektiosität. Nur nach diesem Verfahren hergestellte Gelatine darf EU-weit für Arzneimittel verwendet werden.*

MMW: Seit einigen Jahren ist die Verwendung von Risikomaterial bei der Herstellung von Kosmetika verboten. Ein entsprechendes Verbot für Pharmaka gibt es nicht - warum?

Hagemann: *Nach einer EU-Richtlinie darf so genanntes Hochrisikomaterial, also Hirn, Rückenmark und Auge des Rindes, nicht mehr zu kosmetischen Produkten verarbeitet werden. Bei Arzneimitteln liegt der Sachverhalt anders:*

*Schließlich lassen sich aus Rinderbestandteilen zum Teil wertvolle Wirkstoffe gewinnen, auf die - sofern nicht gentechnisch herstellbar - als therapeutische Substanzen weit weniger leicht verzichtet werden kann als bei der Schönheitspflege. Daher wollte man solches Material nicht komplett ausschließen, sondern arbeitet*

*mit einem umfangreichen Katalog von Sicherheitskriterien.*

MMW: Wie sehen diese Sicherheitskriterien aus?

Hagemann: *In das deutsche Sicherheitskonzept gehen drei EU-Kriterien ein: Herkunftsland, Organkategorie und Abreicherungs- bzw. Inaktivierungsverfahren, um potenzielle BSE-Erreger unschädlich zu machen. Darüber hinaus berücksichtigen wir noch die Menge des Ausgangsmaterials, die auf eine Tagesdosis entfällt, und die Applikationsart sowie die Dauer der Anwendung. Pro Item werden abhängig von der relativen Sicherheit Punkte vergeben. Ab einer bestimmten Punktzahl errechnet sich eine hinreichende Sicherheit hinsichtlich einer BSE-Infektion: d. h. die Wahrscheinlichkeit, sich mit dem betreffenden Arzneimittel eine Infektion mit einem BSE-Erreger zuzuziehen, ist dann nicht größer als jene, an einer sporadischen CIK zu erkranken, also etwa 1 : 1 Million Einwohner pro Jahr. Für Arzneimittel, die die erforderliche Punktzahl nicht erreichten, wurde die Zulassung widerrufen.*

MMW: Wie steht es beispielsweise mit der Sicherheit von Produkten aus Kälbermilch oder als Immuntherapeutika eingesetzten Organlysaten vom Rind?

Hagemann: *Auch diese Präparate sind überprüft worden und haben den erforderlichen Sicherheits-Score erreicht. Bei allen Vorbehalten, die man diesen Produkten gegenüber haben mag: Was das BSE-Risiko angeht, sind sie so sicher wie alle anderen Arzneimittel.*

MMW: Chirurgisches Nahtmaterial aus Rinderdarm wurde vor kurzem in der EU verboten. Wird diese Maßnahme bereits umgesetzt?

Hagemann: *Seit Oktober 2000 wird auch Rinderdarm als Hochrisikomaterial eingestuft, das heißt, dass man Catgut nicht mehr verwenden darf. Da das Nahtmaterial zu den Medizinprodukten gehört, ist hier kein Zulassungsverfahren erforderlich. Deswegen konnten wir als Bundesinstitut den Herstellern nur empfehlen, diese Produkte zurückzuziehen.*

Interview: Waldtraud Paukstadt

aufgestellten wesentlichen Kriterien und Prinzipien der EU-Verbraucherverbände entsprechen (s. dazu auch Position des BEUC oder TACD-Positionspapier ECOM-12-00 unter <http://www.tacd.org/e-commerce.html#adr>).

### Beschwerdeverfahren

Im Sinne einer kundenfreundlichen Beschwerdeabwicklung müssen möglichst schnelle und einfache Beschwerdesysteme angeboten werden. Dazu gehört die Angabe einer möglichst namentlich benannten Beschwerdestelle des Unternehmens, die mindestens per e-mail wie auch per Telefon erreichbar sein sollte. Dem Kunde muss der Eingang der Beschwerde möglichst zeitnah bestätigt und eine konkrete kundenfreundliche Frist zur Rückäußerung mitgeteilt werden.

### Datenschutz

Der Anbieter muss an leicht zugänglicher Stelle, z.B. durch direkten Link von der Homepage, die wesentlichen Datenschutzprinzipien des Unternehmens in verständlicher Form darstellen. Diese folgen den Prinzipien und Leitlinien zum Datenschutz bei Multimediale Diensten. Dazu gehören neben dem Informationsrecht zu Art, Umfang, Ort und Zweck der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der gespeicherten Daten auch die wichtigsten Hinweise zum Recht des Kunden auf ausdrückliche Zustimmung bei der Verwendung seiner Daten z.B. zu Werbe- oder Meinungsforschungszwecken und durch Dritte. Angebote, die sich an Minderjährige richten, dürfen nicht dazu benutzt werden, ohne Wissen und Einwilligung der Erziehungsberechtigten personenbezogene Daten der kindlichen Nutzer oder von Personen aus dem häuslichen Umfeld zu erfassen, auszuwerten oder an Dritte weiterzugeben. Auf die Existenz der wichtigsten bestehenden Datenschutzgesetze wird gegenüber den Kunden konkret hingewiesen (insbes. EU-Datenschutz-RL, BDSG, TDDSG, TDSV). Nach Vorliegen der notwendigen gesetzlichen Grundlagen unterzieht sich das anbietende Unternehmen einem Datenschutz-Audit.

### Datensicherheit

Die Übermittlung vertrauenswürdiger bzw. sensibler Daten zur Person oder in Verbindung mit der Zahlung (s.a. Abschnitt Zahlungsbedingungen) muss immer verschlüsselt erfolgen. Der Kunde muss in verständlicher Form über die angewandte Verschlüsselungsstärke und eventuell auftauchende Sicherheitsrisiken, deren Ursache auch in der technischen Konfiguration beim Kunden liegen kann, informiert werden.

Der Integrität und Authentizität der Anbieterinformationen sowie der Integrität und Vertraulichkeit der Kundendaten muss durch ein geeignetes IT-Sicherheitskonzept Rechnung getragen werden. Die in diesem IT-Sicherheitskonzept enthaltenen IT-Sicherheitsmaßnahmen müssen allen relevanten Bedrohungen in angemessener Weise entgegenwirken und dem Stand der Technik entsprechen. Zu schützen sind alle an der Geschäftsabwicklung beteiligten Berei-

che, insbesondere

- die beim Anbieter betriebenen Verfahren und Einrichtungen,
- der Datenübertragungsweg zwischen Anbieter und Kunde, beispielsweise durch den Einsatz von Verschlüsselung und digitaler Signatur,
- die Datenpräsentation und -verarbeitung beim Kunden.

Ist es für die Sicherheit der Geschäftsabwicklung erforderlich, dass auf Seite des Kunden bestimmte technische Komponenten (Software oder Hardware) installiert oder besondere Einstellungen vorgenommen werden, so ist er darauf hinzuweisen und die Vorgehensweise zu erläutern.

### Werbung

Werbung in Online-Diensten muss jederzeit klar als solche erkennbar, redaktioneller Teil und Werbung stets voneinander getrennt sein. Informationsangebote, in denen Kinder unmittelbar angesprochen werden, müssen frei von Werbung sein.

Die direkte Ansprache von Verbrauchern durch Werbung per E-Mail darf nur dann durchgeführt werden, wenn hierzu deren ausdrückliche Zustimmung vorliegt (opt-in-Verfahren). Bei vorliegender Zustimmung müssen derartige Werbe-e-mails im Betreff als solche gekennzeichnet sein.

### Voraussetzungen für die Vergabe von Qualitätskennzeichen, Siegel u.ä.

Sofern Qualitätskriterien in Form einer bestimmten Kennzeichnung von Online-Angeboten den Nutzern als Orientierungshilfe zur Verfügung gestellt werden sollen, müssen folgende Mindestvoraussetzungen gewährleistet sein :

- die Vergabe der Kennzeichnung muss auf der Grundlage einer nachweisbaren Überprüfung der Übereinstimmung des Angebots mit den Kriterien durch eine von Siegelinhabern bzw. —antragstellern unabhängige Stelle erfolgen
- die vergebenden Stelle muss für Beschwerden oder andere Nachfragen leicht erreichbar sein, neben Telefon- und e-mail-Anschrift muss auch eine physische Kontaktadresse angegeben werden
- die Kriterien müssen für Nutzer der betreffenden Internet-Angebote in unmittelbarer Nähe der Kennzeichnung oder mittels Click auf ein Logo o.ä. durch einen direkten Link leicht auffindbar und ausdrückbar sein

zu vielen Themen. Im Gespräch als neue Teilnehmer sind Gerd, Astrid und Inka.

Um 20.00 Uhr unternahmen wir eine Wanderung auf den Klüth ins Bistro zum gemeinsamen Abendessen.

Am Sonntag wandten wir uns nach dem Frühstück dem TOP 2 (Patientenbetreuung) zu. Hierzu wieder einige Stichworte: Patienten in der Apotheke - Patienten im Altenheim - wir haben alle die ABDA-Datenbank mit Interaktionsscheck, nur die "schwerwiegenden Interaktionen" werden überhaupt angesehen - der Anruf und die Information des Arztes ist die absolute Ausnahme - pro Mitarbeiter können maximal vier bis sechs Patienten intensiv mit Terminabsprache betreut werden - Bindung eines Altenheims über die pharmazeutische Betreuung - Laufzeit der Medikation beobachten.

### TOP 3 E-Commerce:

Wir glauben, dass E-Commerce für Apotheken in den nächsten Jahren keine Bedeutung haben wird. Das Problem der "letzten Meile", d.h. die letzten Meter zur Wohnung des Endverbrauchers, werden betriebswirtschaftlich nur Firmen wie Otto-Versand oder posteigene Firmen bewältigen können. DocMorris hat Kosten von 12 DM ohne die Verpackungskosten für die Versendung, während bei Otto nur 2,84 dafür anfallen. Reklamationen bieten ein zusätzliches Kostenrisiko. 38,2% der Kunden von Versandfirmen werden zu Hause nicht angetroffen. All dies führt zu dem Schluss, dass sich der Versand erst von einem Warenwert von ca. 150 DM an betriebs-

wirtschaftlich rechnet. Die enttäuschende bis katastrophale Geschäftsentwicklung bei Firmen wie Intershop, e-bay oder Amazon bestätigt diese Skepsis.

Dennoch ist es wichtig, Internet-Portalen anzugehören, die man für bedeutend hält. Aber man muss nicht in allen 40 Portalen, die es zur Zeit gibt, präsent sein. Wir halten einen Internetzugang für sinnvoll und E-Mail für unsere Kommunikation für notwendig. Uneinigkeit bestand darüber, bei welchen Apothekenportalen eine Teilnahme sinnvoll sein könnte. Die Gefahr der Vereinnahmung und unterdrückender Beeinflussung der Portalbesitzer, z. B. durch Fa. Gehe, wurde problematisiert, aber es wurde keine Lösung gefunden, weil die Verflechtung der Firmen, z.B. "apotheken.de", mit "Wort und Bild", "Sanacorp" usw. auch keine echte Alternative darstellt. Letztlich bleibt die Entscheidung jedem Einzelnen überlassen. Die Gefahr, dass diese Entwicklung in der Telekommunikation die Tendenzen zur Lockerung der Preisbindung und des Mehrbesitzverbots im Apothekenbereich vorantreiben wird, wurde diskutiert und gesehen, auch wenn im politischen Raum zur Zeit keine dieser Forderungen aufgestellt werden.

Das nächste Treffen wird am 8. und 9. September 2001 in Hamburg bei Bernd stattfinden. Ende Mai 2002 wollen wir für eine Woche gemeinsam nach Frankreich in das Fortbildungszentrum, an dem Wolfgang Richter beteiligt ist, fahren. Zusätzlich zur ERFA-Gruppentagung wollen wir Seminare zum Zeitmanagement und zur Körpersprache belegen.

# Rechenschaftsbericht zur Mitgliederversammlung 2000

von Katja Lorenz

Der Berichtszeitraum ist wegen der (mit einer Stimme Mehrheit) in den April vorverlegten MV wesentlich kürzer als sonst: Juni 1999 - April 2000

Zur **Statistik**, die deshalb vergleichsweise kurz ausfällt:

Es fanden 4 Vorstandssitzungen statt: im Juli, September und November 1999, jeweils eintägig. Im Februar 2000 trafen wir uns für ein Wochenende. Bis auf eine Ausnahme (im September in Hamburg) fanden alle Treffen in Kassel statt.

Die Protokolle wurden anschließend im Rundbrief veröffentlicht.

Es erschienen 2 Rundbriefe mit neuem Layout. Da das Frauenseminar 1999 bereits vor der letzten MV stattfand, wurde im Berichtszeitraum nur das Herbstseminar veranstaltet.

**Auf der letzten MV** wurde ein neuer Vorstand gewählt. Thomas Schulz und Christiane Hefendehl kamen neu dazu.

Mit Christiane sollte endlich die Stelle der Referentin für Öffentlichkeitsarbeit besetzt werden. Jürgen Große und Thomas Hammer, die beide aus dem Vorstand ausschieden, wollten die RB-Redaktion neu organisieren.

Vieles wurde auf den Weg gebracht: das überarbeitete Programm und das neue Layout für den RB nebst Neuorganisation der Redaktionsarbeit standen zur Diskussion,

Verstärkte Außenwirkung, Mitgliederwerbung, Stärkung der Arbeit der Regionalgruppen, Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Verbraucherschutz (AgV) und eine stärkere Ausrichtung der Vereinsarbeit auf den Apothekertag sollten dazu die Arbeitsschwerpunkte des neuen Jahres bilden.

Das **Herbstseminar** fand im November 1999 in Hamburg statt. Das Thema - Patientenbetreuung - hatte sich aus dem Besuch Thomas Isenbergs (als Vertreter der AgV) zur MV ergeben. Die AgV wollte die Organisation in Berlin nebst Pressekonferenz... übernehmen, hatten sich aber damit wohl übernommen... Glücklicherweise hatte die MV weitsichtig beschlossen, bei auftretenden Problemen, die schon erprobten Strukturen in Hamburg zu nutzen.

Udo Puteanus kümmerte sich um die Referenten und hielt selbst einen der Vorträge, Christiane Hefendehl organisierte die Details zusammen mit der Regionalgruppe Hamburg. Die Teilnehmer schätzten das Seminar als sehr informativ ein. Die konkrete Ergebnislosigkeit wurde dagegen bemängelt. Inzwischen entstand ein loser Informationszusammenschluss AGV - VDPP in Form einer e-mail-Liste. Verbindung vonseiten des VDPP zur AgV hält Bernd Rehberg. Weiteres zum Thema kann dem RB 50 entnommen werden. Dank an alle!

Zum **Frauenseminar** s.o.! Das Frauenseminar 2000 sollte im Mai als Rhetorikseminar (vielleicht zum Thema: "Kommunikation Ärztin - Apothekerin" oder "Frauen und Geld") stattfinden. Wegen organisatorischer Schwierigkeiten, (Kosten!) wird es dieses Seminar erst 2001 geben.

Aus einem Frauenseminar hervorgegangen war die Erarbeitung der Ausstellung "100 Jahre Frauenpharmaziestudium". Erstmals gezeigt wurde sie zum Apothekertag in Leipzig im Oktober 1999. Auch Dank der ständigen engagierten Standbetreuung hat diese Ausstellung und damit letztlich auch der Verein) große Aufmerksamkeit erregt. Die Frauen-AG wurde gebeten den Leitartikel der ersten DAZ 2000 zu schreiben. Außerdem wird es die Ausstellung nun auch in Buchform geben, ebenfalls durch die AG erarbeitet. Die Weitervermietung der Ausstellung ist möglich und wird gerade geplant.

Neben aller Vorbereitung gelang es den Frauen noch, eine Samstagabendveranstaltung zu organisieren. Diese war in erster Linie zu "Kontaktpflege", also auch als Anlaufpunkt für VDPP-Mitglieder gedacht. Der Vorstand war an allem mehr finanziell beteiligt und bemüht, die AG zu unterstützen.

Ein anderes Projekt des Frauenseminars war die Erarbeitung eines Informationsblattes zum Umgang mit den Wechseljahren. Diese erfolgte in Zusammenarbeit der Regionalgruppe Berlin mit dem FFGZ Berlin. Entgegen der Falschmeldung im letzten Protokoll, wird das Faltblatt jetzt gedruckt. Alle Mitglieder erhalten mehrere Exemplare, das FFGZ, einige Krankenkassen beteiligen sich an der Verbreitung. Bei entsprechendem

bieter dem Kunden umgehend per E-Mail eine Bestätigung bzw. Information zusenden.

## Zahlungsbedingungen

- Zahlungsinformationen : Der Online-Shop hat den Verbraucher deutlich wahrnehmbar, eindeutig und verständlich über
- alle angebotenen Zahlungsmöglichkeiten,
- die Bedingungen ihres Einsatzes,
- den Zeitpunkt des Zahlungseinzuges bei Kontoeinzugsverfahren (z.B. Kreditkarte, Lastschriftverfahren, Einzug von Rechnungen Dritter wie Telefonrechnung),

- die Verschlüsselung personen- und kontobezogener Zahlungsinformationen,
- eventuelle mit dem Verfahren verbundene Zusatzkosten sowie

- (bei Zahlung per Kreditkartendaten) die anbieterseitige Haftung im Falle eines Missbrauchs der Daten durch Dritte zu informieren. Auf diese Zahlungsinformationen muss der Verbraucher auch dann zugreifen können, wenn er noch nicht den Bestellvorgang durchlaufen hat.

- Übermittlung von Zahlungsinformationen :

- Bei Zahlung per Kreditkarte/Bankeinzug muss dem Erstkunden die alternative Offline-Übermittlung sensibler Kundendaten für die Zahlungsabwicklung (z.B. Konto- oder Kreditkartennummer) per Telefon oder Fax angeboten werden.

- Das Prinzip der Datensparsamkeit muss dazu führen, dass bei der Entscheidung für Kreditkarte oder Bankeinzug ab der zweiten Bestellung nicht mehr sämtliche Daten abzufragen sind.

- Die gesamte Kundenkommunikation im Zusammenhang mit der Zahlungsabwicklung muss verschlüsselt erfolgen (s.a. Abschnitt Datensicherheit).

- Zahlungsarten :

- Der Verbraucher muss die Möglichkeit haben, auf andere Art und Weise zu zahlen als per Kreditkarte und/oder Nachnahme. Hierfür muss zumindest die Möglichkeit des Bankeinzugs (Lastschriftverfahren) angeboten werden.

- Unter den angebotenen Zahlungsverfahren wird mindestens eine Möglichkeit der nicht-elektronischen Zahlung per Rechnung/ Nachnahme angeboten. Die Zahlung per Nachnahme sollte sich auf Neukunden beschränken. Alle anderen Kunden sollten die Möglichkeit haben, per Rechnung zahlen zu können.

- Vorkasse und Abbuchungszeitpunkt :

- Vorkasse darf der Online-Shop nur alternativ neben anderen Zahlungsmöglichkeiten (s.o.) und nur dann anbieten, wenn sicher gestellt ist, dass eine vom Anbieter unabhängige und ausreichend solvente Stelle dafür garantiert, dass bei Nichtlieferung oder Beanstandungen das vorausgezählte Geld schnell zurückgezahlt wird.

- Bei elektronischen Zahlungsverfahren darf der Zahlungsbetrag nicht vor Auslieferung abgebucht werden.

## Widerruf / Rückgaberecht

Der Anbieter muss neben den Liefer- und Zahlungsbedingungen in eindeutiger und verständlicher Form auf bestehende Widerrufs — bzw. Rückgaberechte und damit verbundene Fristen, die mindestens 14 Tage betragen, hinweisen. Ebenso muss das für einen Widerruf bzw. eine Rückgabe der Ware vorgesehene und vom Kunden durchzuführende Verfahren, das möglichst einfach sein sollte, verständlich beschrieben sein.

## Haftung

Die Haftung für Schäden aufgrund einer fehlerhaften Kommunikation über neue Medien muss grundsätzlich nutzerfreundlich ausgestaltet sein und angesichts des Wissensvorsprungs beim Unternehmen hinsichtlich der eingesetzten technischen Komponenten und Systeme dem Prinzip der Beweislastumkehr folgen. (Zur Haftung und den damit zusammenhängenden Informationen bei Kreditkartenzahlungen s.a. Abschnitt Zahlungsbedingungen.)

## Anwendbares Recht und alternative Streitschlichtung

Der Verbraucher muss in seinem Heimatland und nach seinem Recht klagen können. Der Anbieter muss in verständlicher Form über das im eventuellen Streitfall zugrunde liegende Recht informieren sowie über das Gericht, vor dem der Kunde klagen kann. Soweit anerkannte alternative Schlichtungsstellen für Online-Geschäfte zwischen Unternehmen und privaten Endverbrauchern bestehen, muss der Kunde auf diese und die damit verbundenen Möglichkeiten in geeigneter Form hingewiesen werden.

Unter anerkannten Streitschlichtungsstellen werden hier solche Einrichtungen verstanden, die den dazu

Folgende Mindest-Informationen sind schon beim Angebot anzuzeigen und dem Verbraucher bei einer Bestellung noch einmal auf einem dauerhaften Datenträger mitzuliefern :

- Zum Produkt :
- wesentliche, objektiv vergleichbare Eigenschaften
- wo sinnvoll, Hinweise zur Handhabung/ Anwendung bzw. Nichtanwendung
- wo erforderlich, Hinweise auf eventuelle rechtliche Beschränkungen der Nutzung bzw. der Nutzergruppen
- notwendige Warnhinweise hinsichtlich Produktsicherheit
- notwendige Hinweise in bezug auf technische Nutzungsvoraussetzungen
- Kundendienst bzw. Adresse / Telefon-Nr. zur Beratung bei Problemen mit dem Produkt
- Zum Preis :
- verbindlicher Endpreis der Ware in DM und Euro einschließlich einer Aufschlüsselung aller Nebenkosten wie Steuern, Lieferkosten (wobei Rücksendungen innerhalb der Rückgabefrist unabhängig vom Warenwert für den Kunden kostenlos sind), Versicherung, eventuelle zusätzliche Kosten bei Nutzung bestimmter Zahlungsverfahren etc.
- bei grenzüberschreitenden Geschäften zusätzlich Hinweis auf mögliche weitere Kosten durch Zölle, Einfuhrsteuern etc. im Land des Kunden, die vom Anbieter nicht zu ermitteln sind; wenn möglich Angabe der Informationsquelle für derartige Informationen
- Zum Angebot :
- eventuelle geografische Beschränkungen (Angabe schon auf der Homepage)
- eventuelle zeitliche Befristungen
- Mindestlaufzeit des Vertrages, sofern eine dauernde oder regelmäßig wiederkehrende Leistung erbracht werden soll (z.B. Abo).

#### Bestellvorgang

Ausgehend vom grundlegenden Erfordernis, dass eine verbindliche Bestellung eine eindeutige und bewusste Handlung durch den Kunden erfordert, muss der Bestellvorgang mindestens dreistufig ablaufen. Das be-

deutet, dass im ersten Schritt die gewünschten Waren unverbindlich in einem Warenkorb gesammelt werden, wobei der Einzelpreis wie auch die Gesamtsumme ständig angegeben werden müssen. In einem weiteren Schritt erhält der Kunde die Möglichkeit, die Bestellung ganz oder teilweise rückgängig zu machen bzw. zu verändern. Vor dem abschließenden und entscheidenden Click zur Bestellung bekommt der Kunde sämtliche gewünschten Produkte mit den jeweiligen Einzelpreisen sowie den Gesamtpreis der Bestellung inklusive aller damit verbundenen Kosten angezeigt. Diese Informationen müssen problemlos ausdrückbar sein. Umgehend nach Abgabe der Bestellung erhält der Kunde mindestens per e-mail eine Bestätigung der Bestellung, die folgende Mindestangaben enthält :

- Datum der Bestellung
- Auftrags- und Kundennummer
- Auflistung der bestellten Waren und der dazu gehörigen Einzelpreise
- alle anfallenden und vom Kunden zu zahlenden Kosten
- Gesamtpreis der Bestellung
- gewähltes Zahlungsverfahren
- verbindliches Lieferdatum
- Kontaktadresse für e-mail bzw. Telefonnummer für Rückfragen zum Auftrag.

Der Kunde ist darüber hinaus in eindeutiger Weise über den Zeitpunkt des Zustandekommens des Vertrages zu informieren (z.B. bei Eingang der e-mail zur Bestätigung der Bestellung).

#### Lieferbedingungen

Sämtliche Liefervarianten einschließlich der damit verbundenen Kosten sind ebenso aufzuführen, wie mögliche Einschränkungen des Liefergebietes bzw. der Kundengruppen. Diese Angaben müssen deutlich wahrnehmbar, eindeutig und verständlich dargestellt und während der Bestellprozedur vor dem auslösenden Click für die Absendung der Bestellung erreichbar sein. Das Angebot muss außerdem voraussichtliche Lieferzeiten für das gewünschte Produkt enthalten.

Bei vorübergehender kurzfristiger Nichtverfügbarkeit der Ware muss dies bereits im Angebot deutlich gemacht werden, bei Nichtverfügbarkeit von mehr als einer Woche ist die betreffende Ware bis zur Verfügbarkeit aus dem Angebot zu nehmen.

Sowohl nach erfolgter Bestellung wie auch bei Abweichungen vom genannten Lieferzeitraum muss der An-

Rücklauf bis 31. 8. 00, wird eine professionelle Auswertung des Fragebogens erfolgen

#### Rundbrief

Seit Nr. 49 erscheint der RB mit neuem Layout und durch ein neues Redaktionskollegium erarbeitet. Naturgemäß treten bei solchen Umstellungen organisatorische Anlaufschwierigkeiten auf. Deshalb konnten wir es bisher nur 2 Ausgaben herausbringen. Es gab viel Zuspruch für das neue Layout. Aber es gibt noch viel Änderungsbedürftiges: es gibt noch zu viel Text, zu wenig Bilder, zu wenig Struktur innerhalb des RB. Zu Werbezwecken erhalten Vorstandsmitglieder 5 Stück, der nächste RB geht mit einem Extraanschreiben an alle Fachschaften. Da das neue Verfahren teurer ist, sollte hier diskutiert werden, ob zukünftig nur 4 und dafür qualitativ gute Ausgaben im Jahr erscheinen sollen. Es sollte nach Meinung des Vorstandes einen festen Redaktionsschluss (evtl. Quartalsende) geben, damit das Erscheinen - nicht zu letzt für die AutorInnen - planbarer wird. Im RB 52 ist eine Meinungsumfrage zur Neugestaltung geplant.

#### Programm

Nach der letzten MV mussten nochmals 3 Kapiteln bearbeitet werden. Dieser Teil wurde anschließend im RB zur Diskussion gestellt. Zur diesjährigen MV liegt das Programm - ebenfalls in neuem Layout - erstmals gedruckt vor. Die aktuelle Version ist auch auf unserer homepage zu finden.

#### Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit war das Dauerthema unserer Sitzungen! Christiane Hefendehl wurde bei der letzten MV Vorstandsmitglied und Referentin für Öffentlichkeitsarbeit. Der Vorstand wurde beauftragt, Aufgabengebiet und Bezahlung zu klären. Die Abgrenzung (und damit auch Art der Bezahlung) der Arbeit als Referentin von der als VS-Mitglied erwies sich schnell als problematisch. Christiane wollte deshalb den Vorstand verlassen. Der Restvorstand hat sie gebeten zu bleiben, die Bezahlung erfolgt nun projektbezogen. Inzwischen hat Christiane einen neuen Job in Vollzeitstellung. Die Stelle der Referentin ist praktisch wieder unbesetzt. Thomas Schulz übernahm einen Teil der Aufgaben.

Der Vorstand veröffentlichte **Stellungnahmen** zur Anzeigen-Kampagne der ABDA, zum Tarifabschluss, zur Änderung der Approbationsordnung, zur GKV-Gesundheitsreform, zur 10.

AMG-Novelle. Die drei letztgenannten wurden für die entsprechenden Ministerien erarbeitet. Diese Papiere bildeten teilweise die Grundlage für Anhörungen im Bundestag. (Mit Veröffentlichungen schaffen wir es mittlerweile auf die Verbändeseite der PZ, falls sie gedruckt werden.) Das Gerüst stammt dabei meist von Thomas Schulz, Christiane Hefendehl oder Katja Lorenz. Die Bearbeitung erfolgt vornehmlich durch die e-mail-Verbundenen.

Zu den **Anhörungen** im Bundestag war der VDPP durch Thomas Schulz, Katja Lorenz und Jürgen Große vertreten. (Jürgen trat wiederholt als Einzelsachverständiger für die PDS auf) Um bei diesen Veranstaltungen auch wirklich angehört zu werden, ist Lobbyarbeit, d.h. z.B. stärkerer Kontakt zu den gesundheitspolitischen Sprechern der Parteien, nötig.

Manchmal waren wir auch unverhofft erfolgreich. Das Büro Jordan bat um Zuarbeit für dessen Rede zum Apothekertag, nachdem wir durch Anfragen bei einer Veranstaltung der Grünen zur Patientenbeteiligung aufgefallen waren.

Nachdem die taz unsere Stellungnahme zur Gesundheitsreform erhalten hatte, ergab sich für uns die Möglichkeit, im taz-spezial Gesundheit einen halbseitigen Artikel zu diesem Thema zu schreiben. Über diese Verbindung arrangierte Thomas Schulz einen Anzeigentausch, den wir für die Ankündigung des Herbstseminars nutzten.

Aufmerksamkeit (s. Leserbriefe in der PZ) fand auch Michaels Beteiligung an einer Podiumsdiskussion des BPhD.

Natürlich haben wir die schon traditionellen Verbindungen zu anderen Organisationen, wie BU-KO-Pharmakampagne, VDÄÄ, AgV unterhalten.

Die Zusammenarbeit mit den Fachschaften besteht bisher in guten Kontakten zum BPhD. Die Verbindung zu den einzelnen Fachschaften soll ausgebaut werden. Das haben wir - zeitlich und vom Aufwand her - nicht geschafft.

Wir kümmerten uns um den Neuaufbau der **Homepage**. In ihrer alten Form wurde sie zu wenig gepflegt. Es gab keine Links, kaum Aktuelles und wenig, das den zufällig oder gezielt suchenden Anwender neugierig auf den VDPP machen konnte.

Die Hauptfrage lautete auch hier: was ist regelmäßig, in guter Qualität, von nur ehrenamtlich arbeitenden Leuten realisierbar. Der Vorstand holte drei Angebote ein und entschied sich für

die Ideen von Susanne Jäger, die im Anschluss vorgestellt werden.

Auf dem **Apothekertag** fiel der VDPP dank der ständigen Präsenz der Ausstellungsmacherinnen auf! Neben den Gesprächen zu 100 Jahre Frauenpharmaziestudium wurde der RB verteilt. Außerdem wurde für die Abendveranstaltung und das Buch "Wechselwirkungen" geworben. Die Vorstände besuchten die Hauptversammlung und den Stand des BPhD. Um eine gemeinsame Veranstaltung mit Forum Leipzig hatten wir uns bemüht. Das Forum sah sich aus organisatorischen Gründen dazu nicht in der Lage

Die Vorstandsarbeit wird auch in diesem Jahr organisatorisch auf den Apothekertag ausgerichtet werden.

Die Vorbereitung eines **Gesundheitstags** in Berlin, schien uns wie geschaffen, unsere Ziele gemeinsam mit anderen zu diskutieren und öffentlich wirksam zu werden. Der VDPP gehörte schnell zu den UnterstützerInnen des Projekts, beteiligte sich an der Organisation, an Koordinationstreffen. Vom Organisationschaos zogen wir uns allerdings enttäuscht zurück. Außerdem empfanden wir die angestrebte Bandbreite der Themen und Veranstaltungen als sehr ineffektiv, konnten uns jedoch nicht durchsetzen. Wir werden in der Posterausstellung auf den VDPP aufmerksam machen.

#### **Kommunikation innerhalb des Vereins und des Vorstands**

Dies war Voraussetzung und Knackpunkt der Arbeit! Die Kommunikation lief zwar dank der E-Mail-Verknüpfung viel intensiver und schneller als früher. Wir hatten uns jedoch auch viel vorgenommen, deshalb war der Frust um so größer, wenn es da klemmte... Als großes Problem stellte sich heraus, dass 2 Mitglieder nicht per E-Mail erreichbar waren. Im Eifer schneller Absprachen, fiel ihre Meinung zuweilen unter den Tisch, was natürlich für Unmut sorgte.

Immer wieder gab es Diskussionen über Erreichbarkeit, Reaktionszeit... Manches entpuppte sich als simples Organisationsproblem: Abmelden bei Abwesenheit, Setzen und Einhalten von Deadlines, kurze Bestätigungen von Mails... Bedingt durch starke berufliche oder persönliche Belas-

tungen der einzelnen, befanden wir uns oft aber auch ganz plötzlich an der Grenze des Machbaren.

Aus einem Papier von Thomas Schulz zur Verbesserung der Kommunikation im Verein, entstand in dieser Situation das Projekt vdp-aktuell.

Für alle Mitglieder mit e-mail wird damit sowohl eine schnelle Information über Aktivitäten des Vorstandes oder innerhalb des VDPP, aber auch die Mitarbeit u.a. an Verlautbarungen möglich. Es soll eine Ergänzung und keine Konkurrenz zum RB sein. Bisher sind 2 Ausgaben in der Regie von Thomas Schulz erschienen.

Es gelang uns im Berichtszeitraum nicht, die Arbeit der Regionalgruppen zu aktivieren. Alle Regionalbeauftragten waren angeschrieben und um Ideen dazu gebeten worden. Darauf gab es wenig Echo. Aus Mangel an Alternativen, beließen wir es vorerst beim alten System, um wenigstens Ansprechpartner in den Regionen zu haben.

Es gab auch Probleme, wo wir keine Einigung finden konnten und deshalb letztlich nicht aktiv wurden. Der Vorstand hat in diesen Fällen (z.B. Stellungnahme zum Fall Rolf Rosenbrock) versucht, die Gründe im Sitzungsprotokoll deutlich zu machen.

Trotz vieler Unzufriedenheiten, besonders mit Arbeitstempo, Art und Schnelligkeit der Kommunikation konnten aus Sicht des VS viele der Projekten, die wir zur letzten MV auf den Weg gebracht hatten, entwickelt werden. Die Vereinsarbeit hat an Tempo und Einfluss gewonnen. Das Problem des fehlenden Mitgliederzuwachses teilen wir mit den großen Parteien, falls das tröstet. Am Ende will der Vorstand Dank zu sagen: Gudrun Meiburg für die ordnende und verlässliche Arbeit der Geschäftsstelle, dem Redaktionskollegium Thomas Hammer und Jürgen Große und - als Nichtmitglied - auch Reinhold Weber für die Erstellung des RBs. (Ich danke meinen VS-Kollegen für dieses äußerst anregende Jahr!)

Nächstes Jahr stehen Neuwahlen an. Die Dynamik, die die Arbeit jetzt erreicht hat, darf uns nicht verloren gehen. Neue Kandidaten zu finden, muss unsere Arbeit in diesem Jahr mitbestimmen.

tig muss jeweils ein Apotheker oder Arzt deutlich genannt werden, der die fachliche Verantwortung für die jeweiligen Ratschläge und Informationen übernimmt.

- Durch Link kann der Nutzer in der Sprache seines Ziellandes entweder einen von den zuständigen europäischen Behörden oder von der jeweiligen nationalen Ziellandbehörde zugelassenen Beipackzetteltext im Originallayout lesen und ausdrucken. Eine darüber hinausgehende Behauptung von Produkteigenschaften erfolgt nicht.
- Ein verständliches Info-Papier bzw. Links auf gemäß fachlichen Standards gepflegten Internetseiten sollte den Patienten indikationsbezogen auf unterstützende Maßnahmen hinweisen, die den Heilungsprozess fördern. Dabei sollten insbesondere auch nichtmedikamentöse Therapien erläutert werden.

#### d) Beratung bei vertrauenswürdigen Versandapotheken

- Bei der Bestellung apothekenpflichtiger Arzneimittel muss die Versandapotheke einen zuvor vom Verbraucher auszufüllenden verbraucherfreundlich und adäquat produktbezogenen Fragebogen annehmen, der eine pharmazeutische Bewertung bzw. Beratung nach pharmazeutisch-fachlichen Standards erlaubt. Bezüglich der Bewertung und ggf. Beratung dürfen die Verbraucher nicht mit zusätzlichen Kosten belastet werden. Die Versandapotheke muss ein Verfahren der Auswertung, des Nachfragens und ggf. des Nichtbeliefern nach den Regeln der Fachkunde erarbeitet und veröffentlicht haben sowie anwenden. In der Anwendung dieses Verfahrens muss ebenfalls überprüft werden, ob der Verbraucher die Maßgaben zur sachgerechten Anwendung und Dosierung der Arzneimittel richtig verstanden hat. Sofern bestimmte Krankheitssymptome geschildert werden, soll die Beratung durch einen Apotheker erfolgen.
- Ist eine Rezeptpflicht gegeben, wird bei vertrauenswürdigen Versandapotheken jedes Rezept von sowohl einer ausgebildeten Fachkraft (bspw. PTA-Niveau) als auch einem Apotheker gesichtet (Vieraugenprinzip). Bei Unklarheiten oder Interaktionen verschiedener Medikamente (ggf. unter Verwendung der auf Wunsch des Kunden elektronisch gespeicherten Kunden- bzw. Patientendaten) sollte der Arzt oder der Patient auf Kosten der Versandapotheke kontaktiert werden.
- Ein gemäß den jeweiligen nationalen Regelungen ausgebildeter Apotheker muss beim Versandhändler sowohl über Internet als auch über Telefon, 24 Stunden täglich, an sieben Tagen die Woche, ggf. innerhalb eines Kooperationsverbunds der Versandhändler, in der

Sprache des Ziellandes erreichbar. Die Telefonkosten sollten vom Versandhändler übernommen werden.

- Medikamentenbezogene Informationen seriöser Versandhändler müssen grundsätzlich sämtliche relevanten Nebenwirkungen und Unverträglichkeitsaspekte ausführlich enthalten.

#### e) Dokumentationspflichten vertrauenswürdiger Versandapotheken

- Jegliche Inhalte von Beratungstelefonaten bzw. e-mails etc. müssen seitens der Versandapotheke umfassend gesprächs- / fallbegleitend bzw. E-mail-Kommunikationsbegleitend, fälschungssicher und anonymisiert dokumentiert werden. Eine personenbezogene Dokumentation und Speicherung erfolgt nur bei ausdrücklicher Zustimmung des Bestellers und muss den übrigen Standards des Datenschutzes und der Datensicherheit genügen.

- Die Versandapotheke speichert sämtliche Aufzeichnungen der jeweiligen Medikamentenkäufe inkl. der im jeweiligen Einzelfall gelieferten Medikamente mehrere Jahre.

#### f) Verbraucherrechtliche Aspekte vertrauenswürdiger Versandapotheken und Datenschutz

- möglichst: Vorhandensein eines hochwertigen Gütesiegels, bspw. eines bezüglich Versandhandelsapotheken fortzuentwickelnden bereits bestehenden hochwertigen Siegels
- weitere wesentliche Aspekte; vgl. AgV-Anforderungen an E-Commerce; II (2)

(2) Weitere AgV-Anforderungen an verbraucherfreundliche Qualitätskriterien für Online-Geschäfte

#### **AgV-Anforderungen an verbraucherfreundliche Qualitätskriterien für Online-geschäfte**

##### **Anbieterkennzeichnung**

Gemeinsam mit interessierten Verbänden und Unternehmen der anbietenden Wirtschaft hat die AgV dazu eine Konvention erarbeitet, deren Vorgaben zu Inhalt und Form der Information über den Anbieter durch eine Reihe von Unternehmen und Verbänden mitgetragen wird.

(Quelle : [http://www.agv.de/politik/multi\\_media/polkonvent.htm](http://www.agv.de/politik/multi_media/polkonvent.htm))

##### **Informationen zum Angebot**

Bestellung nicht an und informiert den Besteller unmittelbar über die Nichtannahme.

- Sofern es sich im Zielland um rezeptpflichtige Medikamente handelt, muss die Versandapotheke die Authentifizierung / Identifikation des ausstellenden Arztes durchführen und ein dazu geeignetes Verfahren routinemäßig anwenden.
- Sofern auf einem Rezept Produkte angegeben sind, die nicht auf der Website des Versandhändlers angegeben sind, werden diese nur dann durch sortimentseigene, wirkstoffgleiche Produkte ersetzt, wenn der Arzt auf dem Rezept "aut idem" vermerkt hat. In diesem Falle erfolgt eine (e-mail) Information an den Patienten.
- Die zugesandten Medikamente müssen originalverpackt sein.
- Herstellungs- und Verfallsdatum und Registriernummern müssen klar identifizierbar sein.
- Der Originalbeipackzettel des Produktes, und zwar in der im Zielmarkt oder zentral zugelassenen Version und in der Sprache des Zielmarkts liegt dem Produkt bei.
- Die für die jeweilige Medikamentenlieferung notwendigen Lagerungsbedingungen müssen nachweislich in allen Liefer- bzw. Lagerphasen eingehalten werden.

#### b) Vertriebsaspekte vertrauenswürdiger Versandapotheken

- Ist ein Medikament im Empfängerland nicht zugelassen, nimmt die Versandapotheke die Bestellung nicht an und informiert den Besteller unverzüglich dementsprechend.
- Existiert im Zielmarkt für das Medikament eine gesetzliche Rezeptpflicht, so versendet die Internet-Apotheke das bestellte Medikament lediglich bei Vorliegen des Originalrezepts bzw. eines vorliegenden elektronischen Rezepts (sofern datentechnisch möglich) unter Identifikation des verordnenden Arztes. Der Bezug verschreibungspflichtiger Präparate ist somit weiterhin untrennbar mit dem behandelnden Arzt verbunden. Arzneimittellieferungen aufgrund von Verordnungen "virtueller Ärzte" sind somit ausgeschlossen. Eine Belieferung ohne vorliegendes Rezept bzw. das "Vorgaukeln" von Sicherheit, indem der Besteller ersatzweise lediglich ein Onlineformular ausfüllen muss, ist im Falle einer Rezeptpflicht im Zielland unseriös.
- Die Versandapotheke liefert bei der Bestellung apothekenpflichtiger Arzneimittel nur dann,

wenn der Verbraucher zusätzlich einen verbraucherfreundlich zu gestaltenden, adäquat produktbezogenen Fragebogen ausfüllt, der eine pharmazeutische Bewertung bzw. Beratung nach pharmazeutisch-fachlichen Standards erlaubt. Bezüglich der Bewertung und ggf. Beratung dürfen die Verbraucher nicht mit zusätzlichen Kosten belastet werden. Eine Speicherung der Daten darf nur bei ausdrücklicher Zustimmung des Verbrauchers erfolgen.

- Eine kurze Lieferfrist sollte gewährleistet werden. Die Versandapotheke muss in der Lage sein, innerhalb einer zuvor deutlich genannten Frist ebenfalls nicht selbst bevorratete Medikamente dem Kunden zu liefern bzw. liefern zu lassen. Auch die Zustellung einer Einzelrezeptur muss möglich sein.
- Die Lieferung an den Endverbraucher sollte durch einen speziellen Paketversanddienst für den Empfänger porto- bzw. Versandkostenfrei in einem neutralen Paket erfolgen.
- Eine Versandapotheke muss sicherstellen, dass die Lieferung eines Medikaments nur an den Besteller bzw. seinen Beauftragten persönlich und gegen Unterschrift erfolgt. Eine Zustellung an Kinder oder nicht beauftragte Nachbarn etc. muss ausgeschlossen sein.
- Die Medikamentenlieferung sollte einen Erfassungsbogen (der nach einheitlichen Kriterien zu gestalten ist) beinhalten, in dem explizit nach vermuteten Nebenwirkungen (Pharmakovigilanz) gefragt wird. Der Fragebogen sollte kostenfrei zurückgesandt werden können und dessen Auswertung in einen institutionellen Kontext (bspw. EMEA) eingebunden sein.

#### c) Werbung und Produktinformation bei vertrauenswürdigen Versandapotheken

- Der Anbieter verzichtet auf eine Endverbraucherwerbung (per Homepage bzw. durch e-mail-Rundbriefe), auf jeden Fall für verschreibungspflichtige Medikamente des Zielmarkts und möglichst auch bezüglich OTC-Präparaten. Vergleichende Preisübersichten sollten allerdings ermöglicht werden, aber ebenfalls nicht als routinemäßige e-mail-Rundbriefe und grundsätzlich nur bei ausdrücklichem Verbraucherwunsch ("opt-in"-Lösung).
- Die Homepagegestaltung (inkl. vom Versandhändler geführte Folgeseiten) und deren Inhalte, inklusive allgemeiner Ratschläge und Gesundheitstipps, bspw. bezüglich der Behandlung einzelner Symptome, Erste-Hilfe-Maßnahmen, Reisevorkehrungen etc. müssen hohen Fachstandards entsprechen. Gleichzei-

## Rechenschaftsbericht zur Mitgliederversammlung 2001

von Katja Lorenz

*(Entgegen unseren sonstigen Gepflogenheiten, erscheint der Rechenschaftsbericht des Vorstandes bereits jetzt. Wir wollen euch damit neugierig auf die Tage in Münster machen!! Aktuelle Entwicklungen werden natürlich auf der MV ergänzt. KL)*

Der **Berichtszeitraum** ist - wegen der wieder auf ihren "traditionellen" Zeitpunkt rückverlegten MV - etwas länger als gewöhnlich: April 2000 - Juni 2001.

Es fanden 4 Vorstandssitzungen statt: im Juni 2000 und April 2001 eintägig in Berlin. Im Oktober und Januar trafen wir uns für ein Wochenende in Göttingen und Hamburg. Die Protokolle wurden anschließend im RB veröffentlicht. Vom RB erschienen im genannten Zeitraum leider nur 3 Ausgaben. Das Herbstseminar wurde durchgeführt. Das diesjährige Frauenseminar wird im Mai bei Göttingen stattfinden.

Der **Vorstand** arbeitete unter erschwerten Bedingungen. Aus persönlichen, gesundheitlichen, beruflichen Gründen waren wir nahezu durchgehend nur zu viert. Einiges blieb dadurch auf der Strecke. Wie es im folgenden zu berichten gilt, haben wir dafür, wie ich im Rückblick feststellen konnte, jedoch erstaunlich viel geschafft. Nicht zuletzt deshalb, weil die Kommunikation untereinander intensiver und effektiver lief. Da hatten wir im Vorjahr viel gelernt.

Das **Herbstseminar** fand diesmal im September als Exkursion zur EXPO statt. Diese Entscheidung der MV traf bei den Mitgliedern - wie auch sonst - nicht auf ungeteilte Zustimmung. Die Mehrheit der MV war allerdings der Meinung, sich selbst ein Bild von diesem Riesenprojekt, einschließlich der PharmaXie machen zu wollen. Der Samstag wurde zum ausführlichen Ausstellungsbesuch mit Führung durch die Apotheke genutzt. Am Sonntag trafen sich die Teilnehmer in Hameln bei Dorothea Hofferberth zum Austausch der Eindrücke. Mehr darüber ist im RB 52 nachzulesen. Dorothea und allen Beteiligten vielen Dank für das Organisieren!

Zur Durchführung des **Frauenseminars** kann aus terminlichen Gründen erst zur MV aktuelles ergänzt werden. Das Projekt eines früheren Seminars, die Erstellung eines Leitfadens zum Umgang mit den Wechseljahren wurde weitergeführt. Die Informa-

tionsblätter wurden über Apotheken, Krankenkassen, Frauenärzte, Behörden und natürlich das FFGZ verteilt. Der Rücklauf des integrierten Fragebogens war geringer als erhofft. Die Auswertung läuft. Zur MV kann auch in diesem Punkt mehr berichtet werden.

Mit dem **Rundbrief** im neuen Layout hatten wir uns viel vorgenommen. Quartalsmäßig sollte Redaktionsschluss sein. Mit Hilfe des neu gegründeten Redaktionskollegiums sollten thematische Schwerpunkte bearbeitet werden. Fakt ist, dass nur 3 Ausgaben erschienen sind. Das hatte zum Einen organisatorische Gründe. Das Heft wird in Hamburg zusammengestellt, in Kassel wird das Layout erstellt, erfolgen Druck und Aussendung. Dazwischen gibt es viele Reibungsverluste bei der Abstimmung, aber auch technische Probleme. Aktuell prüft der Vorstand Druckmöglichkeiten in Hamburg. Von dort aus kann schneller auf Sonderwünsche reagiert werden. Dort müssen auch immer Exemplare zum Verschicken an neue Interessenten bereitliegen.

Obwohl diese Neuorganisation schwieriger in Schwung kommt, als erhofft und notwendig wäre, dankt der Vorstand an dieser Stelle allen, sowohl Thomas Hammer und Jürgen Große vom Redaktionskollegium, als auch Reinhold Weber für die technische Erstellung, als auch denen, die immer wieder Artikel beisteuern. Letzteres ist ausbaufähig!!

Zumindest die Mitglieder, von denen wir die E-Mail-Adressen kennen, wurden dagegen so gut informiert, wie noch nie in der Geschichte des Vereins. Ca. alle 2 Monate wird ein **vdpp-aktuell** von Thomas Schulz auf den Weg gebracht; darin alle internen und externen Informationen, die uns wichtig erscheinen, Themen, die von uns bearbeitet werden mit Bitte um Mitarbeit...

Der gesamte Bereich der **Öffentlichkeitsarbeit** läuft noch immer, auch wenn wir es alljährlich anders planen, ehrenamtlich. Einen Großteil erledigt Christiane Hefendehl. Unter ihrer Regie lief die Neugestaltung unserer **Homepage**, deren Layout Susanne Jäger entwarf. Seit Oktober 2000 ist die Seite freigeschaltet und wird eben-

falls durch Christiane gepflegt. Dabei geht es nicht nur um das Einstellen aktueller Termine. Zunehmend versuchen wir die Homepage auch für die Diskussion bestimmter Themen innerhalb der Mitglieder zu nutzen. Zur Verbesserung unserer Außenwirkung gehört auch, dass die Vereinshomepage intelligent verlinkt ist und der Presseverteiler überarbeitet wurde.

**Stellungnahmen, Presseerklärungen,** Zeitungsartikel lagen zumeist in der Verantwortung von Katja Lorenz und Thomas Schulz. Nachzulesen sind sie auf der Homepage und im RB. Im Berichtszeitraum nahmen wir an 2 **Anhörungen** im Bundestag teil. Im September ging es um einen Antrag der FDP zur Abschaffung der Arznei- und Hilfsmittelbudgets. Im Dezember wurden wir zur Änderung des AMG, insbesondere §12 und 14 befragt. Beide Male wurde der Verein durch Katja Lorenz vertreten. Schließlich lud das BMG alle Beteiligten ein, über die Vor- und Nachteile und Gestaltungsmöglichkeiten des E-Commerce nachzudenken. Michael Höckel war für uns dort. Berichte gibt es dazu im RB.

Egal, ob es um die Vertriebseinstellung von Mifegyne oder die Bildung einer Arbeitsgruppe zur Koordination der Diabetesbetreuung ging, versuchten wir verstärkt, auch unaufgefordert unsere Meinung zu sagen und zu verbreiten. Gerade auch dieses Bemühen findet im Berufsstand und bei den Politikern zunehmend Aufmerksamkeit.

Die schon traditionellen **Verbindungen zu anderen Organisationen** (BUKO-Pharmakampagne, VDÄÄ, Forum Leipzig, BPhD) versuchten wir zu halten, auszubauen und neue zu knüpfen. Aus der letzten MV ging die Idee hervor, eine Art prä-AgV-Mailinglist zu erstellen, um Verbraucherschutzfragen für die AgV aufzubereiten. Die Liste wurde im RB veröffentlicht. Sie kann ständig erweitert werden. Einige Probleme konnten wir schon zuarbeiten. Diese Aktivität gerät allerdings gerade etwas in Vergessenheit. Ein aktuelles Thema in der Zusammenarbeit ist die Entwicklung des E-Commerce und dessen verbraucherfreundliche und -sichere Gestaltung. Ebenfalls nach einem Beschluss der MV, bemühten wir uns wiederholt um eine Kontaktaufnahme zur neu aufgebauten deutschen Sektion der "Apotheker ohne Grenzen". Eine Zusammenarbeit ist aus unserer Sicht bisher leider nicht möglich. Der Verein scheint nur an Spenden interessiert und ansonsten ein Papiertiger zu sein.

Ganz neu ist ein intensiverer Kontakt zur ADKA. (Auch dazu kann zur MV mehr gesagt werden.) Dem gleichen Zweck - Bündelung der Kräfte zur Neugestaltung des Gesundheitssystems - sollte der **Gesundheitstag** dienen. Wie schon im letz-

ten Bericht ausgeführt, hatten wir uns aus der direkten Beteiligung zurückgezogen, als das große Organisationschaos und die Profilierungssucht die Überhand gewannen. Der VDPP war in der Posterausstellung präsent. Isabella Sulger vertrat den Verein im Gesundheitsparlament und hielt auch über das Jahr den Kontakt zur Arbeitsgruppe, die an einer Gesundheitscharta arbeitet.

**Spenden** Der Verein spendete für Projekte der BUKO-Pharmakampagne und von medico international.

In Vorbereitung auf den **Apothekertag** nutzten wir den Kontakt zum Forum Leipzig zur gemeinsamen Vorbereitung der Anträge.

Ein ganz aktuelles Projekt, das auch ein TOP auf der MV sein wird, ist die Erarbeitung eines Offenen Briefes an die ABDA über die Entwicklung des Berufsbildes der Pharmazeuten und das mangelhafte Engagement unserer Dachorganisation zu diesem Thema. Ingeborg Simon hat dazu PharmazeutInnen verschiedener Bereiche an einen Tisch geholt.

Das größte Problem im ersten Jahr dieses Vorstandes war die mangelhafte Kommunikation untereinander. Das haben wir in den VS-Sitzungen oft thematisiert und damit im letzten Jahr wesentlich besser im Griff gehabt. Nicht zuletzt dadurch sind uns viele Dinge, Veröffentlichungen, Themenbearbeitungen usw. überhaupt gelungen. Schließlich - um es noch mal zu sagen - waren wir nahezu immer nur zu viert! In diesem Jahr verfolgten wir das ehrgeizigere Ziel, die Mitglieder noch mehr in unsere Arbeit einzubinden. Jedes Mitglied sollte von uns angerufen werden, um ins Gespräch zu kommen, Bedürfnisse, Probleme und auch die E-Mail-Adresse zu erfragen. Dieses Projekt entpuppte sich als so zeitintensiv, dass wir es noch immer nicht bewältigt haben. Immerhin waren die Gespräche, die zustande kamen für uns wichtig, wir hoffen das selbe auch für die Befragten! Außerdem konnte die Adressenliste aktualisiert werden. Leider werden Änderungen des Wohnorts, Namens oder der Telefonnummer viel zu selten an die Geschäftsstelle gemeldet.

Im vdpp-aktuell und auf der Homepage stellten wir die Themen vor, an denen wir gerade arbeiteten. Zu jedem Themenkreis wurde ein Vorständler zum Koordinator für die Zusammenfassung der eingehenden Meinungen ernannt. Damit soll erreicht werden, dass sich nicht nur die Vorständler an der Formulierung der Verlautbarungen des Vereins beteiligen. Außerdem wollen wir Themen nicht erst dann bearbeiten, wenn die Einladung zur Anhörung schon auf dem Tisch

durch Transparenz-Kriterien bzw. Siegel, stärkt bei gegebenem Marktpotential und fehlenden internationalen Regulierungsmöglichkeiten den europäischen Markt und mit diesem verbundene gesetzliche oder freiwillige Verbraucherschutzstandards.

#### VIII. Verbraucherpolitisch sinnvolle Handlungsvorschläge

- Unabhängig von den deutschen gesetzlichen Grundlagen können Kriterien für den Internethandel einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung und Transparenz von Versandhandelsangeboten leisten. Umfassende Kriterien gilt es unter Beteiligung der Verbraucherverbände zu erarbeiten und entweder als Selbstverpflichtung der Branche oder aber als möglichst europäische Richtlinie zu verankern.
- Die Fortentwicklung bestehender hochwertiger Gütesiegel im e-commerce Bereich und ihre Anwendung auf (Internet-) Medikamentenversandhändler sollte unterstützt werden.
- Aufbau einer öffentlichen Transparenz-Datenbank (Lieferkonditionen, Preise, Sicherheitsinfrastruktur und Qualität europ. Versandapotheken) sollte sichergestellt werden.
- Die Aufklärung der Verbraucher über die Chancen, aber auch über die Risiken, sowie über Transparenzkriterien und deren Grundlagen (und Qualitätsunterschiede) muss auch in Deutschland forciert werden.
- Zügige Entwicklung einer nationalen und europäischen Aufsicht des (Internet-) Versandhandels, ggf. auch unter Androhung bzw. gesetzlicher Verankerung hoher Strafen bei Verstoß gegen aufzustellende Richtlinien; Dazu: Institutionelle Verankerung nötig, bspw. bei der EMEA sowie gleichzeitig auf nationaler Ebene.
- Instrumente der Einbeziehung von Versandapotheken in Systeme zur Pharmakovigilanz und dementsprechende Nutzung ihres Potentials an schneller Rückmeldung sind systematisch zu entwickeln und modellhaft zu erproben.
- Optimierung des Instrumentariums zur Gewährleistung hoher Qualitätsstandards von in Europa gehandelten Medikamenten. Gleichzeitig: Stärkung der Abgabepaxis von Importmedikamenten auch in deutschen Apotheken.
- Aus- und Aufbau einer umfassenden bzw. verbesserten Infrastruktur an Datenschutz und Datensicherheit im Internet
- Nationale Versandhandelsverbote, insbeson-

dere für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel, erscheinen aus Verbrauchersicht unverhältnismäßig und verbraucherunfreundlich. Eine Modifikation der deutschen Gesetzesgrundlagen würde die Rechtssicherheit erhöhen und ebenfalls eine notwendige Qualitäts-offensive im Medikamentenhandel sowie im traditionellen Apothekenhandel initiieren. Gesetzesreformen müssen also Angebotspluralität unter Wahrung des Konsumentenrechts auf freie Wahl des jeweiligen Bezugswegs schaffen. Dazu sind unumgänglich: Modifikation im deutschen Arzneimittelgesetz (AMG) und ggf. Heilmittelwerbeengesetz (HWG).

- Eine begleitende Einbeziehung von Versandapotheken in neue Formen der Integrationsversorgung, ggf. in Form von Modellversuchen, sollte wissenschaftlich evaluiert erfolgen.
- Durch Sonderverträge könnten ggf. auch für GKV-Patienten Medikamente, die der GKV-Zuzahlungspflicht unterliegen, preiswerter eingekauft werden. GKV-Einspareffekte sollten (teilweise) direkt an den Patienten weitergegeben werden, in dem für diese Fälle bspw. die Zuzahlungsgebühren für Patienten effektiv entfallen.
- Aufbau neuer Distributionswege unter Nutzung des elektronischen Rezepts, insbesondere bei chronisch Kranken, bspw. im Rahmen der Ausgestaltung integrierter Versorgungsmodelle, unter Einbeziehung auch ausländischer Versandapotheken.

#### IX. Kriterien des Verbraucherschutzes

Auch beim Internethandel von Medikamenten muss ein umfassender Verbraucherschutz gewährleistet sein. Folgende Aspekte kennzeichnen seriöse Versandapotheken:

- (1) speziellere Kriterien vertrauenswürdiger Versandapotheken:
- a) Produktsicherheit vertrauenswürdiger Versandapotheken
- Die Versandapotheke muss in einem EU-Mitgliedsstaat ihren Sitz haben und von den jeweils zuständigen Behörden überwacht werden und zugelassen sein.
  - Die Versandapotheke muss dieselben Qualitätsstandards zu den technischen, räumlichen, personellen und fachlichen Mindestvoraussetzungen erfüllen wie eine etablierte Apotheke des Herkunftslands.
  - Ist ein Medikament im Empfängerland nicht zugelassen, nimmt die Versandapotheke die



- Obwohl in Deutschland ggf. eine Verschreibungspflicht vorliegt, liefern unseriöse Anbieter Medikamente ohne Rezept oder gaukeln eine Seriosität durch die Notwendigkeit des Ausfüllens eines Online-Formulars vor, das ggf. sogar kostenpflichtig von angeblichen Ärzten ohne Patientenkontakt als angebliches Rezept angepriesen wird.
- sowohl europäische als auch internationale (unseriöse) Anbieter offerieren Medikamente, die in Deutschland nicht zugelassen sind.
- Lieferungen von unseriösen Internethändlern beinhalten Arzneimittelfälschungen, Medikamentenlieferungen mit abgelaufenem oder nicht erkennbarem Datum, Medikamente ohne oder mit nicht lesbarem oder nicht adäquatem Beipackzettel, oder Lieferungen ohne Medikamenteninhalte bzw. fehlende Lieferungen, teilweise keine Sicherheit bezüglich Lagerungsbedingungen
- Unseriöse Händler bieten keine oder extrem schlechte Beratungsmöglichkeiten, ggf. keine Telefonhotlines, oftmals keine oder nur mangelhafte Konsumentenrechte, oftmals keine oder mangelhafte Datenverschlüsselung bzw. geringer Datenschutz sowie mangelhafte Dokumentation
- Unseriöse Händler: oftmals extrem schlechte Produktinformationen sowie inhaltlich fragwürdige Werbung etc., oftmals keine Kontrolle der Wechselwirkungen mit anderen ärztlichen Verordnungen und den durch Selbstmedikation bezogenen Arzneimitteln, ggf. mangelnde persönliche Kommunikation
- ohne rechtliche Klärung bzw. in Abhängigkeit von der Bezugsquelle ggf. schwächerer Haftungsschutz bzw. Schwierigkeiten bei der Durchsetzung von Ansprüchen, insbesondere außerhalb des Europäischen Rechtsraums.
- bisher mangelhafte Möglichkeiten für Verbraucher, sich Transparenz über gleichartige Medikamente (innerhalb der EU) zu verschaffen, da keine "seriöse" Transparenzinformation bezüglich des generischen Namens und dazu verfügbarer Produkte und Produktdifferenzierungen etc. sowie der jeweiligen Preise leicht und verbraucherfreundlich in der Muttersprache zugänglich ist.
- Unseriöse Händler: Arzneimittelfälschungen, Arzneimittelschwarzmarkt.
- Arzneimittelversand ist nicht immer billiger.
- ggf. fragwürdige Ökobilanz (Einzelverpackung / Einzelversand etc.).

## VII. Mögliche Konsequenzen und Effekte auf Verbraucher einer Stärkung des Versandhandels von Medikamenten in Deutschland

- Wettbewerb aufgrund in Deutschland hohen Großhandels- und Einzelhandelsspannen nimmt zu. Dadurch: Chance einer effizienteren Distributionslogistik und Warenbewirtschaftung mit der Konsequenz niedriger Abgabepreise bzw. geringer Arzneimittelkosten. Gleichzeitig: Aufbau neuer integrierter Vertriebsstrukturen (bspw. Drogerieartikel und freiverkäufliche Arzneimittel bzw. Direktbelieferung in Konkurrenz zu traditionellen Vertriebswegen), ggf. eingebettet in neue Versorgungsformen (Integrationsversorgung, Ärztenetze etc.).
- Vertriebspluralität: Verbraucher erhalten Optionen zwischen der Wahl "traditioneller Einzelhandelsgeschäfte (u.a. Apotheken)", "Apothekenketten", "Versandapotheken", "Internet-Apotheken" statt lediglich zunftsmäßig-protektioniertem, traditionellem Vertriebsweg.
- Vor dem Hintergrund des hohen Arzneimittel-Preisniveaus in Deutschland, insbesondere bei neuen, patentgeschützten und von der Festbetragsregelung ausgenommenen Arzneimitteln, wird der Internethandel zu Erhöhung der Quote der importierten Medikamente beitragen und Verbrauchern in Deutschland somit aufgrund direkt erschließbarer Preisvorteile bzw. aufgrund des verstärkten Preiswettbewerbs ökonomisch nützen.
- Beratungsoffensive: Druck auf Einzelhändler (Apotheken) wird diese drängen, ihren Kunden Beratungskompetenz offensiv anzubieten, statt lediglich Medikamente zu handeln. Dadurch Stärkung der Beratungsfunktion statt Handelskomponente der öffentlichen Apotheke. Ebenfalls: Verbraucherpolitische Chance auf nachhaltige Änderung der Apothekenfinanzierung (Bsp: Beratungspauschalen oder Verpackungspauschalen statt umsatzorientierte Apothekenspanne) unter Beachtung einer bedarfsorientierten Versorgungslage auch in ländlicheren Regionen.
- Kritisches Verbraucherbewusstsein wird gestärkt. Dadurch auch aktiveres Nachfragen nach Importmedikamenten bzw. Generika in der deutschen Apotheke sowie verbraucherinduziertes rationales Ordnungsverhalten des Arztes ("Aut-idem-Verordnung").
- Erhöhtes Verbraucherbewusstsein könnte eine zunehmende Diskussionsfähigkeit auch des Herstellerabgabepreises etc. ermöglichen.
- "Austrocknen unseriöser Anbieter": Nutzung des europäischen Rechtsraums, ggf. begleitet

liegt, sondern möglichst vorher schon drüber nachgedacht haben.

Die Beschlüsse der letzten MV wurden im wesentlichen umgesetzt und noch vieles darüber hinaus angeschoben. Ob auch finanziell alles stimmte, kann dem Be-

richt von Udo Ament gleich im Anschluss entnommen werden. Bleibt noch, Gudrun Meiburg vielen Dank für die oft nervenaufreibende Arbeit in der Geschäftsstelle zu sagen.

Katja Lorenz, für den Vorstand

## Beiträge zum Rundbrief

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:

Am allerliebsten erhalten wir die Artikel per E-Mail an die **Adresse [redaktion@vdpp.de](mailto:redaktion@vdpp.de)**, [rundbrief@vdpp.de](mailto:rundbrief@vdpp.de) oder [grosse@hansenet.de](mailto:grosse@hansenet.de). Wenn die Artikel keine besonderen Formatierungen (z. B. unterstrichenen, kursiven, fettgedruckten 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.

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.

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.

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.

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

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 zerknittertem Endlospapier nicht unbedingt erleichtert.

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**.

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

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

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

# Protokoll des VDPP-Vorstandstreffens am 21. und 22. Oktober 2000 in Göttingen

von Thomas Schulz

Anwesende: Christiane Hefendehl, Michael Höckel, Katja Lorenz, Thomas Schulz, Jürgen Große (für den Rundbrief), entschuldigt: Udo Ament, Isabella Sulger

Ort: Stegemühlenweg 39, 37083 Göttingen

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. Herbstseminar
9. Anhörung
10. Apothekertag 2000
11. MV 2001
12. Rundbrief, Newsletter
13. Homepage und Öffentlichkeitsarbeit
14. Verbindung zu den Fachschaften
15. Verschiedenes

Beginn: 16.15 Uhr

## TOP 1

Zur Versammlungsleiterin wurde Katja Lorenz gewählt, Thomas Schulz übernahm die Protokollführung.

## TOP 2

Die Tagesordnung wurde in der vorliegenden Form genehmigt.

## TOP 3

Das Protokoll wurde mit geringfügigen Änderungen genehmigt.

## TOP 4 (Beschlusskontrolle)

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

*Christiane Hefendehl verschickt die überarbeitete Fassung des Presseverteilers an die Vorstandsmitglieder.*

*Thomas Schulz fragt Isabella Sulger wg. der ausstehenden Beiträge (siehe letztes Protokoll).*

*Der geschäftsführende Vorstand kümmert sich um eine Besserung Kommunikation mit der Geschäftsstelle. Die Regionalbeauftragten erhalten per E-Mail die Passagen des Vorstandsprotokolls, die sie angehen, vorab zur Kenntnisnahme..*

## TOP 5 (Bericht aus der Geschäftsstelle)

Es wird die derzeitige Situation in der VDPP-Geschäftsstelle diskutiert (Problem der Telefonverbindung, FAX, Mailbox, Anrufbeantworter), *Michael Hoeckel klärt das mit Gudrun Meiburg. Terminalsachen müssen im VS geklärt werden, Koordinatorin ist Katja Lorenz. Jürgen Große nimmt Kontakt mit Torsten Stützer-Roge wg. der Veröffentlichung eines Artikels auf. Katja spricht Christl Trischler wg. VDÄÄ-MV an. IPPNW-Veranstaltung im Mai 2001 wird vorgemerkt. Münster-Broschüre von Udo Puteanus wird den RB beigelegt (Jürgen Grosse). Das Infoblatt wird in der überarbeiteten Fassung, die Christiane Hefendehl fürs Internet erarbeitet, ausgeschickt, Christiane informiert Gudrun Meiburg.*

## TOP 6 (Kassenbericht)

Der Kassenbericht wird schriftlich vorgelegt.

## TOP 7 (Bericht aus den Regionen)

Berlin: Dort beschäftigte sich die Regionalgruppe mit der Fragebogenaktion. Der Rücklauf ist so gering, dass eine statistische Auswertung nicht möglich ist. *Katja wird für den RB den Stand darstellen.* Die aktuelle Vereinssituation wurde kritisch reflektiert.

Hamburg: Man trifft sich.

## TOP 8 Herbstseminar

Eine kleine Gruppe von sieben Leuten besuchte die EXPO (Themenpark Gesundheit, Führung PharmaXie. Christl Trischler legte einen ausführlichen Bericht vor, der im RB – nach Überarbeitung – veröffentlicht werden soll. Die Teilnehmer waren sehr zufrieden.

## TOP 9 Anhörung

Am 27.9.2000 war Katja Lorenz bei der Anhörung zum Antrag der FDP (Abschaffung des Heilmittelbudgets). Es waren viele Zuhörer da, die Anhörung wurde verlängert. Es wurde ausführlich zu Fragen der Richtgrößen, der schlech-

Aufbau eines seriösen Versandhandels eröffnet somit Chancen der nachhaltigen Debatte um Beratungsstandards sowohl im Versandhandel als auch im niedergelassenen Apothekensegment sowie um eine dementsprechende Aktivierung der Verbrauchernachfrage in der Angebotssteuerung.

- Derzeit über 21.000 Apotheken in Deutschland; keine Anzeichen einer Unterversorgung, sondern eher Indizien für eine Überversorgung bei defizitärer Kundenberatung und Marktabschottung (Fremd- und Mehrbesitzverbot, Versandhandelsverbot etc.)
- Für den Verbraucher (Patienten) große Markttransparenz auch aufgrund extrem großer Produktpalette bei vielfältigen Produktdifferenzierungen und oftmals "diffus" beworbenen Produkten.
- Der Anteil der Ab-Werk-Preise für Arzneimittel beträgt in Deutschland etwa 60 % des Apothekenabgabepreises. Allein die Arzneimittelabgabe über den Groß- und Einzelhandel (Apothekendeckelung) verursacht knapp 40 % der Arzneimittelkosten für den Endverbraucher. Damit ist der deutsche Arzneimittelhandel nicht nur im Vergleich zu anderen Einzelhandelsbranchen (z.T. unter 1% Einzelhandelsspanne), sondern auch bezüglich der Summe der Großhandels- und Apothekenspannen in Europa Spitzenreiter. (Schweden: 25%; Frankreich, 32%, Spanien und U.K.: 36%)
- Medikamente von europäischen Versandhändlern sind nicht selten 10-60 % preiswerter als in deutschen Apotheken.

## V. Chancen des (Internet-) Medikamentenversandhandels

- hohe Markttransparenz: Verbraucher können alle einschlägigen Internetadressen nach den gewünschten Angeboten durchsuchen; teilweise sogar automatisch per Suchmaschine
- Verbraucher können aktiv Preisvorteile des europäischen Medikamentenmarkts nutzen (Als Selbstzahler im OTC-Segment bzw. im Diabetikerbedarf etc., als Privatversicherte und als beitragszahlende Verbraucher der GKV für erstattungsfähige Medikamente).
- Waren- und Dienstleistungsangebot kann von zu Hause aus rund um die Uhr 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche in Anspruch genommen werden.
- komfortable Versorgung frei Haus — nicht nur für immobile Patienten oder in ländlichen Gebieten mit einer geringeren Apothekendichte.

- sofern vorhanden, können begleitende Telefon-Serviceummern eine umfassende Patienteninformation gewährleisten. Im Falle des Internets, können "Gesundheitsportale" eine ausführliche Patienteninformation bieten.
- sofern seriös angewandt, können individuelle und freiwillig angefragte Nutzerprofile auch beim Versandhandel eine spezielle e-mail Information des Patienten auch zu indikations-spezifischen oder präventiven Aspekten ermöglichen.
- Elektronisch gestützte Dokumentationssysteme können auch im Versandhandel eine Analyse der Arzneimittel-Verordnungen und des Arzneimittelverbrauchs ermöglichen und Grundlage für individuelle Beratungsaussagen seitens des Apothekers der Versandapotheke sein, sofern der Verbraucher dieser Option ausdrücklich zustimmt und der Datenschutz und die Datensicherheit umfassend gewährleistet sind. Somit kann die Dienstleistungsqualität der Versandapotheke über derjenigen einer durchschnittlichen Einzelhandelsapotheke liegen (bzw. dessen Dienstleistungsqualität durch verstärkten Wettbewerb erhöhen). Damit ebenfalls möglich: patientenfreundlicher Beitrag einer Missbrauchskontrolle.
- Der Versand-Apotheker hat ggf. einen höheren Informationsstand als die meisten Apotheken, was bei guter Betreuung einen sinnvollen Arzneimitteleinsatz gewährleisten kann. Erfahrungen aus der Schweiz zeigen, dass 95 % der Nutzer einer Versandapotheke einen von dieser bei der Bestellung erbetenen Fragebogen mit Fragen u.a. nach Allergien, Alter, Gesundheitsleiden oder anderen eingenommenen Medikamenten freiwillig beantworten. Dieses Nutzerverhalten kann sich auf die Beratungsqualität in der niedergelassenen Apotheke positiv auswirken.

- Eine systematische, anonymisierte und freiwillige Kundenbefragung mittels eines lieferbegleitenden Erfassungsbogens (der nach einheitlichen Kriterien zu gestalten ist) kann einen wesentlichen Beitrag einer verbesserten Pharmakovigilanz (Rückmeldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Arzneimittelüberwachung) in Europa liefern, sofern in einen institutionellen Kontext (bspw. EMEA) eingebunden.

## VI. Schattenseiten des (Internet-) Medikamentenversandhandels

- Europäische sowie internationale (unseriöse) Anbieter offerieren sowohl Medikamente, die in Deutschland verschreibungspflichtig sind als auch solche, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen.

sandhandel auch verschreibungspflichtiger Medikamente, sofern Absender eine zugelassene Apotheke ist. National regelungsfähig.

- Versandhandel von Medikamenten ist in anderen Ländern teilweise erlaubt. Beispiele: Niederlande ("0800DocMorris N.V.", "Apothuis B.V.", "Phaona"), Schweiz ("MediService AG"), Großbritannien ("Pharmacy2U Ltd."), Irland ("VivaNova Ltd"), USA
- seit 1998 ist in Deutschland grundsätzlich der Versandhandel mit Arzneimitteln verboten.
- Der Versandhandel von Medikamenten verstößt gegen AMG §43, Abs 1 Satz 1 (Inverkehrbringen und Zustellen eines Arzneimittels innerhalb Deutschlands aus einer Apotheke im europäischen Ausland) und ist bezüglich AMG § 43, Abs. 1 Satz 2 (Handel außerhalb von Apotheken) ggf. anwendbar auf den schuldrechtlichen Internetkaufvertrag über apothekenpflichtige Arzneimittel.
- strittig ist, ob die deutsche Apothekenpflicht und das deutsche Versandhandelsverbot für Arzneimittel nicht unter Art. 28 EGV (Verbot von mengenmäßigen Einfuhrbeschränkungen) fallen, da die gleiche Rechtslage auch für inländische Apotheken gelte, also "nicht-diskriminierend" sei. Sofern dabei von einem Verstoß gegen Art. 28 EGV ausgegangen wird, kann auch eine Rechtfertigung nach Art 30 EGV vorliegen. Demnach stünde Art. 28 EGV Regelungen (hier § 43 I AMG) nicht entgegen, die u.a. auch zum Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen gerechtfertigt sind.
- ggf. können bei gegebener deutscher Rechtslage auch Zollbehörden, Zustelldienste, deutsche Hersteller, an Internetapotheken liefernde deutsche Großhändler oder Betreiber der Internetserver haftbar gemacht werden, und zwar als "Mitstörer" gemäß dem UWG, weil sie "adäquat-kausal an der Herbeiführung der rechtswidrigen Beeinträchtigung mitwirken".
- Zollkontrollen sind innerhalb der EU weitestgehend weggefallen und nicht flächendeckend umsetzbar.
- Verbraucher können sich auf jeden Fall Zugang beschaffen: ausschließlich nationale Regelungen reichen unabhängig von der deutschen und europäischen Rechtslage nicht aus, um ein hohes Maß an Sicherheit und Qualität zu gewährleisten.
- Gemeinsame europäische Währung wird Möglichkeiten eines vereinfachten Preisvergleichs über das Internet vergrößern und somit Handlungsdruck auf nationalen (insbesondere deutschen) Rechtsrahmen er-

höhen, soll dieser nicht der Entwicklung hinterherhinken.

- Von daher ist auf europäischer Ebene ein Regelungsrahmen erforderlich, der für den Internethandel mit Arzneimitteln EU-weit einheitliche Qualitätsstandards gewährleistet.
- Freiwillige Standards der Anbieter unter Beachtung von Verbraucher Kriterien, ggf. verbunden mit Qualitätssiegeln, können den Markt bereinigen, Standards setzen und Verbrauchern notwendige Transparenz liefern.

### III. Verbraucherpolitische Ziele einer Reform deutscher Rechtsgrundlagen

- Effizienzreserven sollen für den Verbraucher erschlossen und von diesem genutzt werden können, und zwar sowohl in seiner Rolle als selbstzahlender Endverbraucher als auch in seiner Funktion als beitragszahlender Verbraucher (Versicherter).
- Markttransparenz sollte sich sowohl auf Qualität der Angebote sowie auf die Abwicklung des Versandgeschäftes und auch auf Preisunterschiede beziehen und für den Endverbraucher zugänglich sein.
- Die Arzneimittelversorgung über das Internet soll einen ebenso hohen Qualitätsstandard gewährleisten wie bei der Versorgung über den traditionellen Vertriebsweg.
- Angebotspluralität auf hohem Niveau soll Verbrauchern Wahlentscheidungen ermöglichen.

### IV. Derzeitige Situation im deutschen Apothekenmarkt

- Information und Beratung in der deutschen Apotheke (Einzelhandel) lassen sehr zu wünschen übrig trotz oftmaliger "Freundlichkeit" des Apothekers. Allzu selten erfolgt eine umfassend qualifizierte Beratung, die nicht nur die Umsatzinteressen des Einzelhändlers (Apothekers) berücksichtigt (vgl. u.a. vielfältige Studien der Verbraucherorganisationen). Obwohl die Beratung ausdrücklich zu den pharmazeutischen Tätigkeiten gehört, spielt sie derzeit bei der Steuerung der Arzneimittelversorgung bzw. Arzneimittelabgabe offensichtlich keine entscheidende Rolle. Nach deutschem Gesetz nicht erforderlich ist jedenfalls, dass das Arzneimittel persönlich an den Patienten übergeben wird. Vielmehr kann auch eine dritte Person das Arzneimittel im Auftrag in der Apotheke für den Patienten abholen. Von daher relativiert sich das Argument der niedergelassenen Apotheker, dass beim Versandhandel der face-to-face-Kontakt fehlt. Der

ten Datenlage und der Budgetfestsetzung gesprochen. Die VDPP-Stellungnahme, die Katja Lorenz federführend erarbeitet hatte, erschien – angeblich – in der Montags-DAZ.

### Top 10 Apothekertag

Michael Höckel berichtet vom Apo-Tag. Viele Anträge wurden angenommen, die recht kontrovers waren. Michael gibt ein atmosphärisches Bild. In der ABDA wird über Sperrminoritäten meditiert.

### TOP11 Mitgliederversammlung

Die Organisation ist geklärt. *Thomas Schulz wird verschiedene Personen aus der Gesundheitspolitik ansprechen*, z.B. Frau Knoche zum Thema integrierte Versorgung – Wo bleiben die Apotheker. Frage der Vorstandsarbeit: Es werden fünf Kandidatinnen und Kandidaten gesucht. *Christiane schreibt die Regionalbeauftragten an*. Termin: 16./17. Juni 2001 in Münster, Quartier steht. *Michael kontaktiert die Pharmazie-Studenten*. Der Termin wird im nächsten VDPP-aktuell angekündigt (ab jetzt immer). **Zum 1.3.2001 muss in Münster die genaue Teilnehmerzahl gemeldet werden.**

### TOP 12 (Rundbrief, Newsletter)

Vom Redaktionskollegium ist Jürgen erschienen. Es wurde zum aktuellen RB berichtet: wenig Artikel, *Grußwort fehlt (Katja)*. Innerhalb der nächsten 4 Woche soll das Material an Ricky. Gudrun Meiburg braucht mehr Exemplare für die Geschäftsstelle (Druckkosten sollen geprüft werden, *Der geschäftsführende Vorstand diskutiert das mit Gudrun und Ricky, mindestens 20 Stück*). *Jürgen schickt die Texte als RTF-Files an Susanne Jäger*, damit die Texte in die Homepage gestellt werden. RB soll im nächsten Jahr doch viermal erscheinen. *Gudrun erhält von Ricky den RB im PDF-Format auf CD-ROM!* Die Rechnung wird nach sechs Ausgaben gestellt. *Katja schreibt einen Brief an die Abonnenten*. Ausgewählte Artikel werden in die Web-Site gestellt, die Redaktion entscheidet über entsprechende Veröffentlichungen.

### TOP 13 (Home-Page und Diskussion der Öffentlichkeitsarbeit)

Die Website ist fertig, und wird am 26.10.2000 feierlich eröffnet. Termine müssen an Christiane gemeldet. Ein geschützter Bereich für Mitglieder ist nur bei anderem Provider möglich. *Providerwechsel wird von Michael und Gudrun geklärt, Susanne Jäger wird dann von Michael informiert*. Bis zur nächsten MV soll Susanne Jäger die

Pflege der Homepage gegen Honorar (aus dem Etat Öffentlichkeitsarbeit) nach vorliegendem Kostenvoranschlag vornehmen. *Mitteilungen an Susanne J. gehen über Christiane*.

Öffentlichkeitsarbeit: *Im nächsten VDPP-aktuell muß über die RB-Problem berichtet werden. Ebenso wird die Eröffnung der neuen Homepage gemeldet. Beim Surfen soll auf die Verlinkung des VDPP geachtet werden, Mitteilungen an die Verlinkenden und per cc an den Vorstand. Christiane verständigt die Institutionen, zu denen wir ein Link setzen. Wenn die Homepage voll funktionsfähig ist, dann wird Christiane – zu Beginn der Adventszeit – unseren Presseverteiler abarbeiten und die Homepage vorstellen.*

### TOP 14 (Fachschaften)

*Michael hält den Kontakt, Besuch bei der FS-Tagung, Gegenbesuch der Pharmaziestudenten bei der MV soll veranlaßt werden. RB 52 wird Ende November mit Anschreiben an die FS verschickt.*

### TOP 15 (Verschiedenes)

**Schmidbauer** stellt Diabetesplan vor (aktuelle PZ): Ziele zur Diabetikerversorgung sollen definiert werden. *Michael spricht Martin Schulz (ABDA) an und wird dann Schmidbauer anschreiben/ansprechen. Thomas erarbeitet eine Pressemitteilung, die rechtzeitig erscheinen soll (mit Michael und Christiane).*

**Mifegyne:** Keine Sonderbehandlung (BtM-Ähnlichkeit), Problematik med. Abbruch vs. chirurgischer Abbruch muss erläutert werden. Ärztliche Honorierung muß angepasst werden. Mifegyne ist ein Arzneimittel wie jedes andere, ApothekerInnen können auch hier professionell bereiten (weitere Mitglieder, die mitarbeiten können: Evelyn, Ingeborg, Ulrike u.a.).

**Internet:** *Christiane wird dazu Informationen verschicken, Veröffentlichung ausgewählter Material im RB, Jürgen fragt offiziell nach*. Die Versorgung über DocMorris scheint nach ersten Testkäufen gut zu sein. Auch in England gibt es gute Vorbilder. Das Umfeld entwickelt sich zunehmend in Richtung e-commerce, die ApothekerInnen müssen sich mit diesem Problem auseinandersetzen! *Christiane erarbeitet mittelfristig (bis 15.12.2000) Informationsmaterial, das Thema soll auf der MV diskutiert werden.*

Pflichtfortbildung (PZ 42): Katja problematisiert die Thesen von Prof. Verspohl. Hinweis im VDPP-aktuell, *wer soll einen Leserbrief schreiben?*

Nächster Termin VS: 20./21. Januar 2001 in Hamburg. Jürgen klärt die Unterbringungs-möglichkeiten im IC-Hotel.

Verteilung der Aufgaben im VS/Bündelung der Kräfte: Anlässlich der letzten Anhörung wurde die Problematik der Aufgabenverteilung deutlich. Bislang haben sich schon gewisse Verteilungen herausgearbeitet, die mehr oder weniger gut arbeiten.

Michael entwickelt ein allgemeines Arbeitsprogramm / Plan, der in der Diskussion wie folgt konkretisiert wird: Unter Federführung eines Vorstandsmitgliedes findet die Materialsammlung und Ansprache von geeigneten Mitgliedern statt. Hierzu muss auch für den Vorstand die Kompetenz der verschiedenen Mitglieder deutlicher werden.

Hinweis für VDPP-aktuell:

Es soll die ständige Sparte **In Bearbeitung** erscheinen: Folgende Projekte (Koordinator mit E-Mail-Adresse). Damit sollen Transparenz für die Mitglieder und Arbeitsmöglichkeiten angeboten werden. Es wurde das Problem des Umganges mit neuen Mitgliedern auf der MV diskutiert.

**Seminarplanung** für die nächste VS. Herbstseminar soll immer an gleicher Örtlichkeit zur gleichen Zeit stattfinden. Vorschlag: Kaufungen im Oktober. Das Frauenseminar gehört nicht in die Zuständigkeit des Vorstandes, aber vergleichbare Regelungen wären dort auch sinnvoll. Fürs Herbstseminar soll ein VS-Mitglied immer für Koordination zuständig sein. Auf der nächsten VS wird die Planung des Herbstseminars vorangetrieben.

Rückmeldung der geänderten Adressen an VS und GS (Thomas).

Ende der Sitzung: 13 Uhr

## Protokoll des Vorstandstreffens vom 20. - 21. Januar 2001 in Hamburg

von Udo Ament

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) Rundbrief
- 8) E-Commerce mit Arzneimitteln
- 10) Frauenseminar
- 11) Mitgliederversammlung 2001
- 12) Homepage/Öffentlichkeitsarbeit
- 13) Verbindung zu Fachschaften
- 14) Verschiedenes

TEILNEHMERINNEN: Christiane Hefendehl, Michael Höckel, Katja Lorenz, Thomas Schulz, Udo Ament  
Entschuldigt: Isabella Sulger

ORT: Intercity-Hotel Hamburg-Altona

GÄSTE: Jürgen Große, Thomas Hammer, Gudrun Likus, Gudrun Meiburg, Bernd Rehberg

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

TOP 2) Tagesordnung: genehmigt s.o.

TOP 3) Protokoll des letzten Treffens: ohne Änderung genehmigt.

TOP 4) Beschlüsse des letzten Treffens: weitgehend umgesetzt

TOP 5) Bericht aus der Geschäftsstelle:

(5.1) Die Erreichbarkeit der Geschäftsstelle ist aus technischen Gründen nicht zufriedenstellend.

=> Beschluss: Es wird eine neue TK-Anlage (Telefon/Faxgerät/Anrufbeantworter kombiniert) angeschafft. Ein Kostenrahmen wird nicht vorgegeben.

(5.2) Zwei Mitglieder zahlen seit 1999 keine Beiträge mehr.

=> Beschluss: Die beiden Mitglieder werden kontaktiert (von Jürgen Große und Christiane Hefendehl).

(5.3) Austritte: keine. Neueintritte: 1 (jeweils seit der MV).

## Verbraucher einer Stärkung des Versandhandels von Medikamenten in Deutschland

### VIII. Verbraucherpolitisch sinnvolle Handlungsvorschläge

#### IX. Kriterien des Verbraucherschutzes

- (1) speziellere Kriterien seriöser Versandapotheken
- (2) Weitere AgV-Anforderungen an verbraucherfreundliche Qualitätskriterien für Online-Geschäfte

*Folgende Auflistung benennt Fakten und Hintergründe der Forderung der deutschen Verbraucherverbände bezüglich einer Modifikation rechtlicher Grundlagen in Deutschland mit dem Ziel der Ermöglichung eines hochwertigen und vertrauenswürdigen Versandhandels von Medikamenten. Dabei werden Verbraucherkriterien skizziert, die zukünftig als Messlatte vertrauenswürdiger Versandapotheken dienen sollten, um sowohl einen medizinischen als auch wirtschaftlichen Verbraucherschutz auf hohem Niveau zu gewährleisten. Solange diese Kriterien bei Anbietern nicht Standard sind und Verbrauchern gegenüber keine Transparenz bezüglich entsprechender vertrauenswürdiger Versandapotheken besteht, kann eine Nutzung von Internetapotheken allgemein nicht empfohlen werden. Umso wichtiger ist die Umsetzung nachfolgend vorgestellter Handlungsvorschläge, um die ebenfalls benannten verbraucherpolitischen Ziele für Verbraucher in Deutschland zu erreichen.*

#### I. Internetverbreitung bzw. -nutzung

- über das Internet sind sowohl europäische als auch weltweite Bezugsmöglichkeiten von Arzneimitteln höchst unterschiedlicher Güte für den Verbraucher abrufbar.
- trotz nationalem Verbot kann der deutsche Gesetzgeber effektiv den Bezug von Arzneimitteln aller Art aus dem Ausland nicht verhindern.
- bereits über 18 Millionen Personen nutzen in Deutschland im Sommer 2000 das Internet, davon sind 2,7 Mio. < 20 Lebensjahre (LJ) alt; 7 Mio. < 30 LJ; 11,3 Mio. < 40 LJ; 14,7 Mio. < 50 LJ; 2,3 Mio. 50-59 LJ und 0,9 Mio. über 60 Jahre alt; Davon (Bildungsniveau): 26 % (Hauptschulabschluss); 38 % (mittlere Reife); 18 % (Abitur); 19 % (Studium); Nutzer-Frauenanteil: 40 Prozent
- rasante Nutzungssteigerungsraten. Bei allen Nutzern: Gesundheitsfragen sehr beliebte Seiten. Medikamentenbestellungen bisher eher in Deutschland Minderheitentrend.
- USA: Über Internet-Apotheker werden bereits über 13% aller Arzneimittel vertrieben, Preisnachlässe von bis zu 30 % sind üblich

#### II. Derzeitiger rechtlicher Rahmen des Medikamenten-Versandhandels

- Europäische Schutzvorschriften gewährleisten ein international nicht unbeachtliches EU-Verbraucherschutzniveau bezüglich aller Stufen der Arzneimittelherstellung, des Arzneimittelvertriebs und -handels, der Arzneimittelbewerbung, der Arzneimittelzulassung und —überwachung sowie weiterführender Verbraucherrechte.
- Europäische Richtlinie 2000/31/EG über den elektronischen Geschäftsverkehr (E-Commerce-Richtlinie) schließt EU-Arzneimittelhandel nicht aus: Internet-Dienste können EU-weit angeboten werden, sofern sie den im Land des Anbieters geltenden Rechtsvorschriften entsprechen (Herkunftslandprinzip). Für Verträge mit Verbrauchern gilt nach Art. 3, Abs. 3 hinsichtlich der Verbraucherschutzvorschriften das Herkunftslandprinzip nicht.
- Artikel 3 der EU-Richtlinie zum elektronischen Geschäftsverkehr gilt wohl nicht für Erfüllungsgeschäfte, womit dann das Herkunftslandprinzip für den möglichen Medikamentenversandhändler nicht mehr gelten würde, für ihn also deutsches (AMG-Versandverbot) maßgeblich wäre.
- Der Versand und die Lieferung von Waren, hier Arzneimitteln, erfolgt nicht auf elektronischem Wege, während der Kaufvertrag elektronisch abgeschlossen wird. Strittig ist, ob die Richtlinie sich nicht auf den Versand und auf die Lieferung auswirkt (Art 2 h) ii) Spiegelstrich 2 der Richtlinie), da Anforderungen, die die Lieferung von Waren betreffen (so z.B. das Versandhandelsverbot gem. § 43 I AMG) nicht in den koordinierten Bereich fielen und ein Vorrang nationaler Verbote gegeben sei. Auch Erwägungsgrund Nr. 21 zur Richtlinie besagt, dass der koordinierte Bereich nur Anforderungen, die Online-Tätigkeiten betreffen, erfasst und nicht Anforderungen der Mitgliedstaaten bezüglich der Lieferung oder Beförderung von Waren, einschließlich der Lieferung von Humanarzneimitteln, betrifft.
- Europäische Arzneimittelrichtlinie erlaubt Ver-

Vor einem Jahr habe ich vor einer Gruppe von 300 Molekularbiologen und Biochemikern eine Vorlesung gehalten, und die hatten keine Probleme mit meinen Thesen. Sie verstanden meine Kritik, und meinten: "Natürlich ist die Sache viel komplizierter! Man kann nicht einfach den Code nehmen und sagen "Wissen Sie, hier haben wir die DNA, dann haben wir die Pro-

teine, schließlich einen Organismus und jetzt heilen wir die Krankheiten!". Niemand in der Wissenschaft glaubt wirklich daran.

(aus: Gen-ethischer Informationsdienst (GID) Spezial Nr. 1 - Dezember 2000)

## Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV)

### Medikamentenkauf im Internet

#### Gesetz ändern, Qualität europaweit sichern

Die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV) fordert eine Änderung des deutschen Arzneimittelgesetzes, um das Onlinehandel-Verbot von Medikamenten aufzuheben. Wie in der Schweiz und Großbritannien soll auch in Deutschland ein hochwertiger und vertrauenswürdiger Versandhandel von Medikamenten Ziel sein.

Anlässlich der heutigen Expertentagung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekerverbände legen die Verbraucherschützer einen von ihnen erarbeiteten Kriterienkatalog vor, an dem sich Versandapotheken orientieren sollten, um als seriöse Anbieter zu überzeugen. Online bestellte Medikamente können gesundheitliche und finanzielle Risiken bergen, denen durch Festlegung von Qualitätsstandards vorgebeugt werden muss. Gleichzeitig muss der Gesetzgeber zukünftig durch geeignete Regelungen sowohl auf deutscher wie auf europäischer Ebene eine Überwachung der Qualität von Internet-Apotheken sicherstellen. Dies setzt natürlich auch die Erarbeitung bzw. Fortentwicklung entsprechender Qualitätszeichen voraus, damit Verbraucher "die Spreu vom Weizen" trennen können. Der Medikamentenkauf per Mausclick bietet auch Verbrauchern in Deutschland die Chance, die Vorteile des europäischen Binnenmarktes zu nutzen. Viele Medikamente werden im Internet bis zu 60 % preiswerter angeboten, was nicht nur die eigene, sondern

auch die Kasse der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen schont. Im Moment ist aber der elektronische Arzneimittelmarkt für die Verbraucher nicht transparent genug. Bis zur politischen Umsetzung ihrer Vorschläge oder im Rahmen freiwilliger Branchenvereinbarungen empfehlen die Verbraucherschützer den Patienten, sich in Apotheken vermehrt nach so genannten Importmedikamenten und Generika zu erkundigen, die die Apotheken bei gleicher Qualität oftmals wesentlich preiswerter verkaufen müssen.

Im Übrigen sollten Patienten ihr Kundenrecht auf eine umfassende Beratung wahrnehmen, damit Apotheken nicht nur - quasi als Einzelhändler - Medikamente verkaufen, sondern auch beraten.

Die Verbraucherverbände fordern die Interessenvertretung der Apotheker auf, sich konstruktiv an der Diskussion einer verbesserten Patientenberatung sowohl im klassischen, berufsständisch organisierten Vertriebsweg als auch beim Handel via Internet zu beteiligen. Anderenfalls ist zu befürchten, dass Patienten vermehrt auf die Vielzahl oftmals auch unseriöser Angebote internationaler Versandapotheken ausweichen, um Medikamente ohne Beratung oder Rezept zu bestellen. Hinweis: Das 18-seitige Positionspapier inklusive eines Kriterienkatalogs zur Bestimmung seriöser Medikamenten-Versandhändler finden Sie hier. (*im Anschluss abgedruckt, Red.*)

## Internethandel mit Medikamenten:

### - In Europa Qualität sichern & Chancen für Verbraucher nutzen -

I. Internetverbreitung bzw. -nutzung	markt
II. Derzeitiger rechtlicher Rahmen des Medikamenten-Versandhandels	V. Chancen des (Internet-) Medikamentenversandhandels
III. Verbraucherpolitische Ziele einer Reform deutscher Rechtsgrundlagen	VI. Schattenseiten des (Internet-) Medikamentenversandhandels
IV. Derzeitige Situation im deutschen Apotheken-	VII. Mögliche Konsequenzen und Effekte auf

(5.4) Einige Mitglieder zahlen noch ermäßigte Beiträge, obwohl der Grund dafür entfallen sein dürfte (z.B. Studium abgeschlossen). => Beschluss Gudrun Meiburg schreibt die Leute an. (5.5) Gudrun Meiburgs im Laufe des Jahres angesammelte Überstunden verursachen gegen Ende des Jahres regelmäßig hohe Personalkosten. => Beschluss: Gudruns reguläre Arbeitszeiten werden um 2 Stunden pro Monat verlängert, um Überstunden in Zukunft zu vermeiden. (5.6) Es gibt keinen VDPP-eigenen PC. Ein eigener PC hätte neben anderen Vorteilen auch den, dass er z.B. zwischen der Geschäftsstelle und Gudrun Meiburgs Privatwohnung transportiert werden könnte. => Beschluss: Es wird ein Antrag zur MV gestellt, einen Laptop anzuschaffen. Kostenrahmen: max. DM 4000.00 (Udo Ament).

TOP 6) Kassenbericht: Die Finanzlage des Vereins ist zufriedenstellend. Aus dem Rahmen fallende Kosten sind das ganze Jahr über nicht angefallen.

TOP 7) Rundbrief: (7.1) Die Zusammenarbeit zwischen den an der Produktion des RB beteiligten Personen hat sich inzwischen eingespielt, (7.2) Es treten immer wieder Probleme auf wegen mangelnder Lesbarkeit von E-Mails, dies wegen der Verwendung nicht ausreichend kompatibler Programme, (7.3) Themenschwerpunkt des nächsten RB: E-Commerce / Versandhandel (7.4) Vorstandsmitglieder sollen auf Wunsch mehrere Exemplare des RB bekommen => Beschluss entsprechend,

TOP 8) E-Commerce: Der niederländische Arzneimittel Versender DocMorris hat Fakten geschaffen, Es liegen mehrere Diskussionsbeiträge (E-Mails) von Vereinsmitgliedern zu dem Thema vor. Es liegen auch Einladungen vor, den Standpunkt des VDPP im Rahmen von Diskussionsveranstaltungen darzustellen. Das Problem ist, dass, wer immer da hinfährt, nur seine / ihre Privatmeinung zum Ausdruck bringen kann, da eine Meinungsbildung innerhalb des Vereins noch nicht stattgefunden hat. Hier einen Konsens zu finden, dürfte sich ausgesprochen schwierig gestalten. Entsprechend kontrovers wurde die Diskussion auch im Vorstand (nebst Gästen) geführt.

Ansatzpunkte für eine mögliche Konsensfindung:  
1. Entwicklung eines Szenarios - zu welchen Veränderungen der Arzneimittelversorgung könnte die Legalisierung des Versandhandels

führen?  
2. Welche Vorteile bzw. Nachteile ergeben sich daraus aus der Sicht von Patientinnen (qualitativ, finanziell)?  
3. Die Arbeitsgruppe "Netzwerk" hatte seinerzeit eine Reihe von Qualitätsmerkmalen entwickelt, auf die sich die am Netzwerk teilnehmenden Apotheken hin zu entwickeln hätten ("Selbstverpflichtungserklärung"). Wie könnte ein Versandhandel aussehen, der diesen Kriterien gerecht wird?  
4. E-Commerce / Versandhandel muss auf jeden Fall im Zusammenhang mit anderen möglichen Veränderungen im Arzneimittelbereich betrachtet werden (Arzneimittelpreisverordnung, Zuzahlungsverordnung, Beratungspflicht). => Beschluss: Bis Mitte Februar wird ein Entwurf einer Stellungnahme zum Internet-Portal der ABDA erarbeitet (Michael Höckel); => Beschluss: Es wird eine Diskussionsvorlage zur MV erarbeitet, welche die in den bisherigen Beiträgen vertretene Meinungen berücksichtigt (Thomas Schulz).

TOP 9) Regionalgruppen: (9.1) Hamburg: Die Regionalgruppe trifft sich weiterhin in 14-tägigem Rhythmus, Themen u. a.; Bedeutung des VDPP bei Gesundheitsexperten; Mobilisierung der Leute vor Ort. (9.2) Berlin: Beteiligung an den Treffen wieder besser. Keine feste Tagesordnung. (9.3) Hessen: Nach wie vor gut besuchte Treffen in unregelmäßigen Abständen, Ebenfalls keine feste Tagesordnung. TOP 10) Frauenseminar: Das Seminar findet voraussichtlich Mitte Mai statt. Das Thema könnte "Kommunikation" lauten, Christiane Hefendehl kümmert sich darum.

TOP 11) Mitgliederversammlung: (11.1) Ort und Zeitpunkt stehen fest: 16.-17. Juni in Münster. (11.2) Eine ReferentIn muss noch gefunden werden. Vorschläge: Ulla Schmidt, G. Schaich-Walch, M. Knoche, irgendeine GesundheitspolitikerIn der EU. (11.3) Wer lässt sich -in den nächsten Vorstand wählen? (-) Von dieser Frage hängt die Weiterexistenz des Vereins ab! (-(( => Beschluss: Es wird ein Rundschreiben ("Vorstand gesucht") an alle Mitglieder geschickt (Christiane & Thomas). (11.4) Rechenschaftsbericht: Katja Lorenz. => Beschluss: Der Bericht soll vor der MV im Rundbrief veröffentlicht werden (auch Katja). (11.5) Tagesordnung und Einladung: Katja Lo-

renz, Thomas Schulz.

TOP 12) Homepage etc.:

(12.1) Die neue Homepage wird gelobt. Eine Homepage ist aber nie fertig, deshalb: Möglichkeiten zur Verbesserung und Erweiterung sollen geprüft werden.

==> Beschluss: Ausgewählte RB-Dateien werden an Susanne Jäger geschickt zwecks Integrierung in die Homepage (Jürgen Große). (12.2) Der Verein hat wesentlich mehr Öffentlichkeitswirkung als bisher:

\*) das Buch "Wechselwirkungen";

\*) aus der Ausstellung zum Apothekertag 1999 wird ebenfalls ein Buch entstehen, das Projekt ist weit fortgeschritten;

\*) die Kommunikation innerhalb des Vereins ist dank des Mediums E-Mail ziemlich intensiv geworden (Ideen werden produziert!);

\*) unser Draht zu den Regierenden in Berlin ist ziemlich gut (wir können etwas erreichen!).

DA WÄRE ES DOCH JAMMERSCHADE, WENN DAS ALLES DEN BACH RUNTER GINGE, WEIL WIR KEINEN VORSTAND MEHR ZUSAMMENKRIEGEN, VERDAMMT NOCH MAL!!!

TOP 13) Kontakt zu Fachschaften:

Lässt weiterhin zu wünschen übrig. Das Hauptproblem liegt in der hohen Fluktuationsrate unter den in Fachschaften Aktiven. Trotzdem: Dran bleiben. Die Fachschaften sollen zur MV eingeladen werden.

TOP 14) Verschiedenes:

(14.1) Spenden

=> Beschlüsse: Der Verein spendet je DM 500.00 an die BUKO Pharma-Kampagne (die EU hat deren Projektgeld abgelehnt) und an Medico International (Erdbeben in Mittelamerika).

(14.2) Nächstes Vorstandstreffen: 01.04.2001 in Berlin.

setzen, die Homosexualität wegzuzüchten?", waren wir vollkommen einer Meinung. Collins antwortete nur: "Lily Kay hat schon ganz richtig erklärt, dass dies kein realistisches Bild ist."

Mein Einwand ist, dass der genetische Code weitaus weniger Macht hat, als oft angenommen wird. Er sollte wirklich nicht als Code bezeichnet werden, denn er hat keineswegs die Art von Potenz, für die er ein Symbol geworden ist.

**Sie sehen da also einen regelrechten Abgrund zwischen der wissenschaftlichen Einschätzung der Genforschung und ihrer öffentlichen Begleitung. Gehen wir davon aus, dass dem tatsächlich so ist: Was kann ihres Erachtens getan werden, um die Kluft zu überbrücken ?**

Das ist wirklich ein großes Problem. Wir haben das sehr deutlich bei unserer Konferenz "Postgenomics?" gesehen, die ich im Herbst 1998 gemeinsam mit Hans-Jörg Rheinberger am Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte in Berlin organisiert habe. Es gab drei Tage lang Diskussionen über Human-Genom-Projekte, ihre Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, und viele Naturwissenschaftler waren dazu eingeladen. Einesteils waren da also Wissenschaftshistoriker und Wissenschaftssoziologen, aber mindestens die Hälfte der Teilnehmer waren praktizierende Biologen. Das Ergebnis dieser Tagung war, dass es zwischen Wissenschaftsforschern und Biologen keinen größeren Dissens über die Probleme von Human-Genom-Projekten gibt.

Sicher, es war merkwürdig am dritten Tag zu einem Punkt zu gelangen, an dem die Wissenschaftler unsere kritischen Analysen beipflichteten. Wir haben dann gesagt: "Wenn Sie dieser Kritik zustimmen, warum schreiben Sie dann nicht einen entsprechenden Zeitungsartikel?" Da die Wissenschaftler diejenigen sind, die den Medienrummel zum Laufen gebracht haben, sind sie auch dafür verantwortlich. Doch Wissenschaftler neigen dazu zu sagen: "Wir machen nur unsere Forschung im Labor. Es sind die Zeitungen, die Journalisten, die Medien, die verantwortlich sind für die unrealistischen, utopischen Bilder. Wir im Labor machen nur unsere Arbeit." Und eben das stimmt nicht mehr.

**Wissenschaftler sind Aktienhändler**

Heutzutage sind Wissenschaftler Politiker, sie sind

Aktienhändler, sie haben ihre eigenen Biotech-Unternehmen und sitzen nicht länger nur in ihren Laboratorien herum. In den USA sind mindestens 80 Prozent der Molekularbiologen an eigenen kommerziellen Biotech-Unternehmen beteiligt. Das ist also nicht länger ein rein akademisches Problem, und daher ist es auch nicht nur ein Problem der Medien. Die Wissenschaftler arbeiten auf machtvoller Art an der sozialen und politischen Verbreitung ihrer Tätigkeit. Es kam daher die Frage auf, ob die Wissenschaftler sich jetzt nicht an die Öffentlichkeit wenden sollten, schließlich sind sie zumindest anfänglich verantwortlich für die Schaffung dieses Medienimages der Gentechnologie.

*"Wissenschaftler müssen in ihrer Welt strategisch funktionieren, orientiert auf ihre Karriere. Sie müssen Fördermittel für ihre Projekte aufreiben, und für mich ist schwer einzusehen, warum sie sich dafür entscheiden sollten, ihre Stellung in derjenigen Gemeinschaft in Gefahr zu bringen, in der sie doch Karriere machen wollen."*

Allerdings kennt die Öffentlichkeit nicht wirklich die technischen Details. Deshalb ist es wohl ein wenig unrealistisch zu meinen, dass sie die Wissenschaftskritik adäquat führen kann. Folglich sollten die sozial verantwortlichen Wissenschaftler aufstehen und sagen: "Wissen Sie was? Es ist überhaupt nicht so wie es die Zeitungen darstellen. Die Sache ist viel komplizierter..." Das haben sie auf der "Postgenomics?"-Konferenz gesagt, und sie sollten es nun auch vor einer breiteren Öffentlichkeit tun.

**Glauben Sie, dass das passieren wird?**

Wahrscheinlich ist das auch wieder utopisch gedacht. Wissenschaftler müssen in ihrer Welt strategisch funktionieren, orientiert auf ihre Karriere. Sie müssen Fördermittel für ihre Projekte aufreiben, und für mich ist schwer einzusehen, warum sie sich dafür entscheiden sollten, ihre Stellung in derjenigen Gemeinschaft in Gefahr zu bringen, in der sie doch Karriere machen wollen. Das trifft zumindest für die jüngeren Forscher auf dem Höhepunkt ihrer Produktivität zu. Dennoch sollten wir anerkennen, dass die Kritik an der utopischen Gentechnologie nicht länger nur aus den Geisteswissenschaften, den Sozialwissenschaften und der Wissenschaftsgeschichte kommt, sondern auch von den Wissenschaftlern selbst geäußert wird.

## BUCHBESPRECHUNGEN

### Deutsche Arzneimittel in der Dritten Welt

von Udo Ament

Herausgeber: BUKO Pharma-Kampagne, Bielefeld

Band 1): "Von sinnvoll bis gefährlich" - ISBN 3-928879-20-0 - 17 Seiten - DM 7,00

Band 2): "Daten und Fakten" - ISBN 3-928879-19-3 - 56 Seiten - DM 20,00

Mittlerweile zum vierten Mal seit 1984 haben MitarbeiterInnen der BUKO Pharma-Kampagne das Arzneimittelangebot deutscher Pharmafirmen in der Dritten Welt durchforstet und nach anerkannten pharmakologischen Kriterien bewertet. In den beiden nun vorliegenden Broschüren stellt die BUKO Pharma-Kampagne die Ergebnisse der neuesten Studie vor und erläutert sie. Dabei gibt es eine gute und eine schlechte Nachricht zu vermelden.

Zuerst die gute: Erstmals seit Beginn der Untersuchungen sind die als rational bewerteten Arzneimittel in der Überzahl. Waren es 1984/85

klägliche 33 %, 1988 kaum mehr (39 %) und auch 1991/92 nur 47 %, so konnten nach den neuesten Daten nun schon 58 % in die Kategorie "rationale Arzneimittel" eingestuft werden. Auch der Anteil der unentbehrlichen Arzneimittel nach der WHO-Liste ist seit 1984/85 stetig angestiegen: von 11 % auf nunmehr 20 %. Dem erfreulichen Ergebnis haben die Herausgeber Rechnung getragen. Der traditionelle Titel "Zweite Wahl für die Dritte Welt", unter dem die zurück liegenden Studien veröffentlicht worden waren, wurde aufgegeben und durch das nuchterne "Von sinnvoll bis gefährlich" ersetzt - ein Titel, der die vorgefundene Situation auf einen Nenner bringt.

Damit kommen wir zur zweiten Nachricht, der schlechten. Noch immer geht das Arzneimittelangebot in der Dritten Welt weitgehend an tatsächlichen Bedarf vorbei, denn es orientiert sich am Arzneimittelbedarf der Menschen in der westlichen Welt mit ihren Überfluss-Krankheiten. Noch immer tut die Pharmaindustrie erbärmlich wenig, um den Ländern der Dritten Welt im

dann zu den anderen ausfallen wird.

**Im Vorwort zu Ihrem Buch erklären Sie, dass Ihre Forschungsarbeit zu einem beträchtlichen Teil durch Mittel aus dem Human-Genom-Projekt unterstützt wurde. Was waren die Gründe für die Unterstützung ausgerechnet von dieser Seite und welche Bedeutung hatte sie für Ihre Arbeit?**

Als Anfang der 1980er Jahre das Human-Genom-Projekt in den USA gestartet wurde, setzte James Watson, der damalige Direktor, 5 Prozent des Budgets für ethische, rechtliche und soziale Studien ein. Das ist ein interessantes Beispiel für die Entwicklungen, die Ulrich Beck in seiner Risikogesellschaft thematisiert hat. In post-industriellen Gesellschaften oder in der von Beck so genannten "reflexiven Moderne" ist das Hauptanliegen nicht mehr, die Produktion und die Profite zu maximieren, sondern zugleich sollen auch Risikoanalysen durchgeführt werden. Das heißt, die Risikofragen sind in die Beurteilung der Technologien eingeschlossen, die gerade entwickelt werden. In den 1970er Jahren, als die Gentechnologie aufkam, gab es viele Debatten unter Wissenschaftlern und in der Öffentlichkeit.

Durch den Aktivismus von engagierten Bürgern wurde auf die Gefahren der Gentechnologie hingewiesen. Schließlich entschloss man sich dazu, 5 Prozent des Budgets einzusetzen, um Raum für die kritische Folgenabschätzung des Human-Genom-Projekts zu schaffen. Wie Sie richtig sagen, wurde ich sehr großzügig von den National Institutes of Health (NIH) gefördert und durch das Geld unterstützt, das für diese kritische Studien bestimmt ist. Mein Anliegen ist es, darauf aufmerksam zu machen, dass der genetische Code nicht das Wundermittel und nicht die Kontrollinstanz ist, als die er seit Mitte der 1960er Jahre gesehen wurde. Wir wissen heute, dass die meisten Krankheiten tatsächlich multigenetisch oder multifaktoriell bedingt sind. "Der Grad an Kontrolle, den Biologen erreichen können, wenn Sie die Beziehungen zwischen Nukleinsäuren und Proteinen kennen, ist deutlich begrenzt. Die Kenntnisse als solche sind durchaus brauchbar, aber der genetische Code kann nicht einlösen, was er versprochen hat."

**Was Sie sagen hört sich so an, als ob die Kritik an der Wissenschaft zum integralen Teil des gesellschaftlichen Systems "Wissenschaft" geworden wäre. Die größere Öffentlichkeit scheint kaum noch an dieser Kritik beteiligt zu sein. Wie sehen Sie das Verhältnis zwischen den öffentlichen Diskursen über Genforschung bzw. Gentechnologie und dieser weitgehend wissenschaftsinternen Kritik?**

Na ja, da gibt es auf der einen Seite diejenigen, die sagen, "Das ist phantastisch, das ist die Zukunft der Welt", die Enthusiasten also und die technologisch Begeisterten. Auf der anderen Seite haben wir die Gruppe derjenigen, die sich Sorgen über die Züchtung von Monstern machen. Natürlich ist das eine sehr stark vereinfachte und sehr naive Auffassung des Problems. Das wirkliche Problem ist, dass die Versprechen, die die Vertreter des Human-Genom-Projekts gemacht haben, nicht gehalten werden können. Wie die Wissenschaftler selbst zugeben, sind lebendige Systeme überaus komplex, und das ist der Grund dafür, dass die Gentherapie nicht funktioniert, obwohl sie mittlerweile fast zehn Jahre alt ist.

Wir erleben eine große Konjunktur, die durch die Biotech-Unternehmen angestoßen wurde. Es gibt sehr viel globales Kapital, das in diese Technologien investiert wird, und es gibt viel Börsenkapital, das bei diesen Spekulationen eingesetzt wird. Kurzfristig gesehen kann man damit eine Menge Geld machen. "Man spekuliert auf die Möglichkeiten. Doch letztendlich, und ich denke dass auch viele Biologen das so sehen, sind die Versprechungen überzogen. Das heißt nicht, dass es keine positiven Entwicklungen geben wird. Es werden ein paar brauchbare Diagnoseverfahren und einige wirkungsvolle Medikamente entwickelt werden. Aber das Bild der großen Veränderung unserer Welt ist irreführend." Ich weiß, dass Jeremy Rifkin kürzlich in Deutschland war. Er war auf Welttournee und hat über die Übel gesprochen, die die Biotech-Gesellschaften der Welt zufügen werden.

*"Man spekuliert auf die Möglichkeiten. Doch letztendlich, und ich denke dass auch viele Biologen das so sehen, sind die Versprechungen überzogen. Das heißt nicht, dass es keine positiven Entwicklungen geben wird. Es werden ein paar brauchbare Diagnoseverfahren und einige wirkungsvolle Medikamente entwickelt werden. Aber das Bild der großen Veränderung unserer Welt ist irreführend."*

#### **Schwere schöne neue Welt**

Dabei ist es gar nicht so einfach, die Schöne Neue Welt zu produzieren. Es liegt gar nicht in der Macht der Wissenschaft, solch radikale Umwandlungen zu Wege zu bringen. Das Problem ist, dass die öffentlichen Debatten, statt sich auf die Kritik der Wissenschaft und der finanziellen Ausbeutung ihrer relativ leeren wissenschaftlichen Versprechungen zu konzentrieren, ganz auf die utopischen bzw. dystopischen Aspekte der Entwicklung abstellt. Schon vor einigen Jahren habe ich an einer Podiumsdiskussion mit Francis Collins teilgenommen, dem jetzigen Direktor des Human-Genom-Projekts an den NIH. Als die Leute ans Mikrofon kamen und fragten: "Was unternehmen wir dagegen, wenn die einen versuchen, den Obergang auszubrüten und andere alles daran

Kampf gegen die Geißeln AIDS und Malaria zu helfen. Noch immer beträgt der Anteil der irrationalen Arzneimittel am Gesamtangebot 42%, und angesichts der massiven strukturellen, sozialen und ökonomischen Probleme, mit denen die Dritte Welt belastet ist, sind diese 42 % überflüssig wie ein Kropf. Das neue "Handbuch Medikamente" der Stiftung Warentest kommt für den deutschen Inlandsmarkt auf 25 % ungeeignete Arzneimittel. Also doch "Zweite Wahl für die Dritte Welt".

Mit dem Absinken des Anteils irrationaler Arzneimittel am Angebot deutscher Firmen in der Dritten Welt auf unter 50 % ist ein Meilenstein erreicht, ein Etappenziel, mehr aber nicht. Der Weg zu einer optimalen Arzneimittelversorgung für die Menschen in der Dritten Welt bleibt sehr, sehr lang.

"Von sinnvoll bis gefährlich" der erste Teil der Dokumentation, umfasst 4 Kapitel und bietet einen Einstieg in die Public-Health-Situation in der Dritten Welt unter besonderer Berücksichtigung von Malaria und AIDS. Einige krasse, erschütternde Beispiele zeigen, wie wenig die westliche Pharmaindustrie an den Menschen in der Dritten Welt in Wahrheit interessiert ist. Shareholder value genießt Vorrang vor Menschenleben, sonst

## **Die Pharma-Industrie, die Dritte Welt, die BUKO Pharma-Kampagne - und ein lesenswertes Buch**

### **Eine Buchbesprechung (und ein wenig mehr)**

von Udo Ament

**John LeCarre, "Der ewige Gärtner", Roman, 558 S., DM 49.00, List Verlag, 2001, ISBN 3-471-78078-5**

"Personen und Handlungen dieser Erzählung sind frei erfunden. Sollten sich bei der Schilderung gewisser journalistischer Praktiken Ähnlichkeiten mit den Praktiken der Bild-Zeitung ergeben, so sind diese Ähnlichkeiten weder beabsichtigt noch zufällig, sondern unvermeidlich." So fängt Heinrich Bölls "Die verlorene Ehre der Katharina Blum" an. So könnte auch der neue Roman des britischen Erfolgsautors anfangen. Man müsste nur das Wort "journalistisch" streichen und die Praktiken der "Bild-Zeitung" durch die Praktiken "realer Pharma-Konzerne in der Dritten Welt" ersetzen. Es gibt Parallelen zwi-

wären die Medikamente gegen AIDS nicht so über alle Maßen teuer,

Dann werden die Studienergebnisse vorgestellt - in der für die BUKO Pharma-Kampagne typischen Weise: jede Menge aussagekräftige Grafiken, übersichtliches Layout, keine Gimmicks, kein Wort zu viel, aber auch keines zu wenig. Die Broschüre bietet eine Fülle von Informationen in leicht verständlicher und leicht auffindbarer Form für nur 7 Mark, wer mitreden will, sollte diese Broschüre haben.

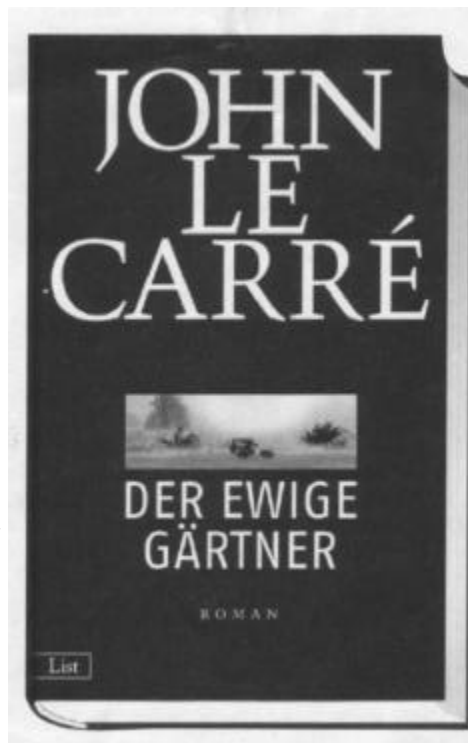
Der zweite Band "Daten und Fakten" richtet sich an jene, die "Von sinnvoll bis gefährlich" gelesen haben und nun alles ganz genau wissen wollen - wie das Arzneimittelangebot deutscher Firmen in der Dritten Welt tatsächlich aussieht, das Studiendesign, die Methodik, die Bewertungskriterien, Fakten über Fakten. Nach der Lektüre der 56 Seiten bleibt keine, aber auch keine Frage offen. Besonders beeindruckt, mit was für einem Datenwust die Mitarbeiterinnen der BUKO Pharma-Kampagne es bei ihren Recherchen zu tun bekommen haben, was für eine Sisyphus-Arbeit es gewesen sein muss, Ordnung in diesen Dschungel zu bekommen und wie meisterhaft sie das Problem gelöst, haben.

schen den beiden Büchern. Bei beiden handelt es sich um Romane - Thriller -, in denen ein mysteriöser Mordfall aufgearbeitet und der Hintergrund, vor dem sich der Mord ereignet hat, in grelles Licht getaucht wird. Während Böll 1976 sofort medias in res ging und mit lediglich 122 Seiten auskam, ist John LeCarres Roman episch breit angelegt und verspricht viele Stunden spannender Unterhaltung zu bieten. Abgesehen von ein paar Längen im ersten Drittel des Buches, in denen geschwätzig Belanglosigkeit herrscht (wobei der Autor gleichwohl nie in jenen aufdringlichen Plauderton verfällt, den ich bei dem Buch von Böll immer als unangemessen und nervig empfand) und die Geschichte sich quälend langsam weiter entwickelt, wird das Versprechen gehalten. Tatsächlich sind in "Der ewige Gärtner" gleich zwei Romane in einen einzigen verwoben. Zur Story: Die junge Tessa Quayle, Ehefrau ei-

nes Beamten des britischen Hochkommissariats in Nairobi, Kenia, kehrt von einem Ausflug nicht zurück. Sie wird ermordet in der Wildnis aufgefunden, ihr Begleiter, ein afrikanischer Arzt, bleibt spurlos verschwunden. Ihr Ehemann Justin gibt sich mit der nahe liegenden Erklärung - Mord aus Eifersucht, begangen durch ihren heimlichen Geliebten, den Arzt - nicht zufrieden. Auf eigene Faust beginnt er zu recherchieren. Die Suche nach der Wahrheit lässt Justin Quayle über den halben Erdball reisen, und dabei macht er mehrere überraschende Entdeckungen. Einerseits muss er, dessen bisheriges Leben durch den Büroalltag und sein Hobby, das Gewächshaus mit den geliebten Pflanzen ausgefüllt war, erkennen, dass er vor lauter Karrieregedanken und Gärtnerei versäumt hatte, die Frau, mit der er verheiratet war, jemals wirklich kennen zu lernen. Ihr soziales Engagement, das in so merkwürdigem Gegensatz zu ihrer Stellung in der Oberschicht Nairobis stand, hatte ihn eigentlich gar nicht interessiert. Erst nach dem Tode seiner Frau lernt er die bisher verborgen gebliebenen Facetten der faszinierenden Persönlichkeit dieser Kämpferin für mehr Menschlichkeit kennen.

Schließlich liebt Justin die tote Tessa mehr als er die lebende jemals hatte lieben können, und eine zuvor ungekannte Sehnsucht erfasst ihn. Das ist der eine Roman.

Der andere: Zunächst ist da eine junge Frau aus irgendeinem Dorf im Busch, die in Nairobi im Krankenhaus liegt und trotz des Einsatzes eines brandneuen Medikaments stirbt. Als sie tot ist, ist es, als hätte sie nie existiert, die Krankenakte fehlt, und niemand kann sich an sie erinnern - niemand außer Tessa. Dann stößt Justin bei seinen Bemühungen um Aufklärung auf ungeahnte Widerstände, je mehr Fakten er herausfindet, desto stärker: vom vagen Gefühl, ständig gegen eine Gummiwand zu laufen, über verdeckte und offene Sabotage bis hin zu nackter, brutaler Gewalt. Alle Menschen, denen er bisher vertraute, geben vor, ihm helfen zu wollen, statt dessen jedoch behindern sie ihn nach Kräften, denn sie verfolgen handfeste Eigeninteressen. Immer scheint der unbekannte Gegner genauestens zu wissen, wo Justin ist und was er gerade tut - untrügliche Beweise, dass er auf der richtigen



Fährte ist. Schließlich fügt sich das Puzzle zusammen, der Skandal offenbart sich in seinem ganzen schockierenden Ausmaß. Das sensationelle neue Mittel gegen Tuberkulose, das der armen Bevölkerung des schwarzen Kontinentes unter dem Deckmantel scheinbar selbstloser Nächstenliebe zur Verfügung gestellt worden ist, hat tödliche Nebenwirkungen. Wenn das neue Therapieprinzip eines Tages optimiert und risikoarm sein wird, wird es den Menschen in Afrika nicht mehr zur Verfügung stehen, weil es für sie viel zu teuer ist. Ohne jemals von den Forschungsergebnissen selbst profitieren zu dürfen, dient die arme Bevölkerung Afrikas als Versuchskaninchen für die reichen Industrieländer. Dort gibt es zwar noch wirksame Mittel, um TBC zu behandeln, doch die sich ständig verschärfende Resistenzsituation lässt befürchten, dass die alte Seuche wieder auflieben könnte. Und das Ganze war von Anfang an so geplant. Für TBC lese man AIDS, und die Fiktion wird zur Realität. Ähnlichkeiten mit den Praktiken realer Pharmakonzerne sind weder beabsichtigt noch zufällig, sondern unvermeidlich.

Was besticht, ist die ungeheure Aktualität dieser Geschichte. Als ich das Buch in der Buchhandlung im Bahnhof Kassel-Wilhelmshöhe fand, war ich auf dem Rückweg vom Interpharm-Kongress in Hamburg. Dort wurde unter dem Stichwort "Die Rückkehr der Seuchen" die - wenig Hoffnung erweckende - Aussicht auf die Möglichkeit eröffnet, mit modernen Antibiotika in Zukunft noch die altbekannten Krankheitserreger wirksam bekämpfen zu können, wobei die allerneuesten epidemiologischen Daten vorgestellt wurden.

John LeCarre prangert an, dass die Pharmaindustrie absolut nichts tut, um die medikamentösen Bedürfnisse der breiten Masse der Menschen in der Dritten Welt zu befriedigen - sei es der Kampf gegen AIDS, Malaria, Tuberkulose oder auch nur ganz banale Durchfälle bei Kleinkindern. Statt dessen werden auch dort mit riesigem Werbeaufwand Mittel wie Viagra, Propecia, Meridia auf den Markt gepusht für die wenigen Reichen, die gesteigerte Wellness mit viel Geld bezahlen wollen. Dagegen reicht das durchschnittliche Vermögen einer ganzen Sippe bei-

mende Metapher, die voll ausgereizt werden könnte. Seit den Studien Ferdinand de Saussures und der strukturalistischen Linguistik wissen wir, dass Bedeutung in einer Sprache nicht einfach gegeben ist durch eine einzigartige Beziehung zwischen Signifikant und Signifikat, dass wir also die Dinge nicht auf der einen Seite haben und die sie bezeichnenden Wörter auf der anderen. Anders gesagt, Sprachen verrügen über Polysemie: Sie transportieren mehrfache Bedeutungen, und der Kontext spielt dabei eine überaus wichtige Rolle. Und dies ist genau das, was Molekularbiologen jetzt in zunehmenden Maße erkennen.

Die Annahme, man könne sich Sequenzen anschauen und aus diesen nicht nur die Proteine, sondern auch den Organismus und seine Störungen herauslesen, ist viel zu einfach. Die Molekularbiologen finden jetzt heraus, dass es so viele kontextabhängige Bedingungen für das Verhältnis zwischen Nukleinsäuren und Proteinen gibt, dass das einfache Bild, das man anfänglich zeichnete, nicht länger standhält. Also selbst wenn die DNA eine Sprache wäre, wäre es nicht so einfach, durch bloße Lektüre ihre Bedeutung zu erfassen. Meine Kritik geht allerdings noch weiter. Ich behaupte, dass die DNA keine Sprache und nicht einmal ein Code ist. Aber die Repräsentation des Lebens als Text und als Schrift hat auch ein Eigenleben. Sie orientiert die Konzepte und Praktiken von Molekularbiologen, die nun mit in diesem Bedeutungsnetz gefangen sind.

*"Die Annahme, man könne sich Sequenzen anschauen und aus diesen nicht nur die Proteine, sondern auch den Organismus und seine Störungen herauslesen, ist viel zu einfach. Die Molekularbiologen finden jetzt heraus, dass es so viele kontextabhängige Bedingungen für das Verhältnis zwischen Nukleinsäuren und Proteinen gibt, dass das einfache Bild, das man anfänglich zeichnete, nicht länger standhält."*

**Es vergeht kaum ein Tag, an dem wir nicht mit Nachrichten über die Entdeckung von Genen für oder gegen etwas konfrontiert werden: von blauen Augen über Krebs, von Homosexualität bis hin zur Schizophrenie. Nach den Meldungen über die Entzifferung des menschlichen Erbgutes nehmen auch die Berichte über Gendiagnostik und Gentherapie zu. Wie sehen Sie die Entwicklung in diesem Bereich?**

Wir wissen, dass 98 Prozent der menschlichen Krankheiten nicht monogenetisch sind. Mit anderen Worten, wir wissen dass sie geformt werden (das Wort "bedingt" verwende ich nur ungern) durch die Aktivität

von mehreren Genen, die ineinander greifen. Natürlich interagieren die Gene auch mit der Zellumgebung, und die Zellen interagieren mit anderen Zellen, und schließlich interagieren diese Strukturen mit den Geweben und Organen, und dann interagiert der ganze Organismus noch mit der Umwelt.

Heutzutage wissen wir, dass die interne und externe Umwelt bei der Genexpression eine wichtige Rolle spielt. Anders gesagt, es ist viel Wissen angehäuft worden, seit die Arbeit am genetischen Code in den 1960er Jahren unternommen wurde, und eben aufgrund dieses Wissens sind die Biologen zu der Auffassung gekommen, dass die meisten der untersuchten Merkmale nicht monogenetisch geformt werden. Blaue Augen sind vielleicht eine Ausnahme, aber von allen Krankheiten und Störungen, die den Menschen betreffen, sind nur 2 Prozent monogenetisch.

#### Beispiel Mukoviszidose

Mukoviszidose ist dafür eines der prominenten Beispiele. Es handelt sich um eine monogenetische Krankheit, die zum paradigmatischen Fall für all diejenigen geworden ist, die zur Gentherapie forschen. Das ganze Human-Genom-Projekt wurde gestartet, um Krankheiten heilen zu können. Daher ist man von einem sehr einfachen Fall ausgegangen. Allerdings stellte sich heraus, dass selbst bei so etwas vergleichbar einfachem wie der Mukoviszidose es mittlerweile 500 Mutationen des gefundenen Gens gibt. Jetzt ist es schon fast zehn Jahre her, dass die Arbeit über Mukoviszidose aufgenommen wurde, und die Gentherapie funktioniert immer noch nicht. Der Grund ist, dass die Komplexität unerwartet groß ist, selbst bei diesem vergleichbar einfachen Fall einer monogenetischen Krankheit. Wenn Sie nun auf Schizophrenie oder Homosexualität zu sprechen kommen, so würde ich zunächst sagen, dass dies keine monogenetischen Krankheiten oder Störungen sind (wenn es sich überhaupt um Störungen handelt: Homosexualität würde ich jedenfalls keineswegs als Störung bezeichnen wollen). Die meisten der Bedingungen, besonders diejenigen, die die am stärksten verwickelten sind, diejenigen, die mit Verhalten zu tun haben, sind niemals monogenetisch, sondern multifaktoriell. Es handelt sich um sehr komplexe Systeme, in denen man nicht einfach ein Gen bewegen oder manipulieren kann, um eine fest voraussagbare Wirkung zu erhalten. Sicher, man kann ein einzelnes Gen manipulieren, aber man weiß noch lange nicht, wie die Beziehung dieses Gens



Das wahrscheinlich wichtigste Ergebnis dieses Vorgehens ist, dass der genetische Code kein Code ist, jedenfalls nicht, wenn man dabei irgendeinen technischen Standard aus der Codierungstheorie, der Kryptologie oder auch nur die Maßstäbe der Sprachwissenschaft zugrundelegt. Meine These ist, dass es keinen genetischen Code "da draußen" gab, den die Wissenschaftler nur zu entdecken brauchten. Jeder Kryptologe und jeder Linguist wird Ihnen bestätigen, dass die DNA keine Sprache ist und dass der genetische Code kein Code ist. Es ist eine Korrelationstabelle zwischen 64 Codonen und 20 Aminosäuren, und es ist eine sehr wichtige Tabelle. Sie gab der Molekularbiologie die Macht an die Hand, Elemente so zu korrelieren, dass sie manipulierbar wurden. Aber die Tatsache, dass die DNA keine Sprache ist, legt auch einige Beschränkungen auf das, was mit dieser Metapher tatsächlich geleistet werden kann. Das ist mit der Grund dafür, dass ich die Geschichte des genetischen Codes schreiben wollte, denn dieser gewinnt erst durch seine Konstruktion an Bedeutung.

**Heißt das, dass der genetische Code eine Art Phantasieprodukt einer bestimmten Gruppe von Wissenschaftlern war? Oder ist dieser Code der bloße Effekt des Informationsdiskurses in der Biologie?**

Ich bin weder Positivistin noch Konstruktivistin. Daher würde ich zwar sagen, dass der genetische Code nicht einfach als ein Objekt vorhanden war, das nur entdeckt werden musste. Aber ich würde auch nicht behaupten, dass der genetische Code gar nicht existierte, dass er also eine bloße Erfindung der Wissenschaftler ist.

*Mit ihrer Studie zum Gencode führt Lily E. Kay ihre 1993 begonnenen Forschungen zur Geschichte der modernen Biowissenschaften fort. Damals erschien bei der Oxford University Press ihre Untersuchung "The Molecular Vision of Life: Caltech, the Rockefeller Foundation, and the Rise of the New Biology". Weitere vorwiegend am Massachusetts Institute of Technology (MIT) durchgeführte Forschungen von Lily E. Kay liegen nun auch als Buch vor: "Who Wrote the Book of Life? The History of the Genetic Code", erschienen bei der Stanford University Press, 2000.*

Ich verfolge einen Ansatz, den man poststrukturalistisch oder dekonstruktivistisch nennen könnte. Ich konzentriere mich auf die Repräsentationen, die gegeben waren, die also nichts zu tun hatten mit den Wissenschaftlern, d.h. mit dem einzelnen Wissenschaftler,

der am genetischen Code arbeitete. Es hat einen Diskurs gegeben, der es ermöglichte, Organismen und soziale Phänomene, künstliche und natürliche Erscheinungen als Informationssysteme zu denken, also als Übermittlung von Signalen und Botschaften, wobei Input und Output im Sinne von Texten und Symbolen aufgefasst wurden. Diese Art der Repräsentation war gegeben.

Als die Wissenschaftler begannen, sich ihrer zu bedienen (was nicht notwendigerweise bewusst geschah), formten diese Repräsentationen ihre Art biologische Probleme zu konzeptualisieren, und zwar in der Weise dass sie selbst gewissermaßen zu einem Teil dieses Repräsentationssystems wurden. Es lag also gar nicht in der Macht der Wissenschaftler, einfach daranzugehen den genetischen Code zu konstruieren, und sie haben nicht notwendigerweise gewusst, dass sie Teil eines Prozesses der Diskursformation waren.

**Gibt es einen Autor?**

**Aber wenn Sie die Frage stellen, "Wer schrieb das Buch des Lebens?", dann werfen Sie doch die Frage nach einer Autorschaft auf. Wie lautet Ihre Antwort darauf?**

Nun, das ist genau der Punkt. Wenn man die Frage nämlich ernst nimmt, dann sieht man, dass es keine Antwort auf sie gibt. In Wirklichkeit ist der genetische Code eine Aporie, was - der griechischen Etymologie zufolge - "Ausweglosigkeit" heißt, Paradoxie, Rätsel.

Wenn DNA-Sequenzen Botschaften und lesbare Texte sind, muss man immer fragen, wer hat sie geschrieben, wer hat sie hervorgebracht und wer ist ihr Empfänger. Und dann beginnt man zu sehen, dass, egal wie man es betrachtet, ob von einem positivistischen, einem konstruktivistischen oder einem dekonstruktivistischen Gesichtspunkt, "Code" immer eine Metapher ist. Deswegen ist es so wichtig zu zeigen, dass der ganze Informationsdiskurs - der innerhalb des Laboratoriums und auch außerhalb, als Vorstellungsräume, nützlich und produktiv gewesen ist - auch gravierende Beschränkungen aufweist, die in der Art der Fragestellung zum Ausdruck kommen.

**Welcher Art sind diese Beschränkungen? Können Sie ein Beispiel geben?**

Nehmen wir einmal an, die DNA wäre wirklich eine Sprache, es handelte sich also um eine ernstzunehmende

spielsweise in Uganda gerade aus, um die Medikation eines an AIDS erkrankten Angehörigen einen Monat lang zu finanzieren. Angesichts des wahrhaft riesigen Marktes für AIDS-Medikamente - ich rede hier von vielen Millionen PatientInnen - könnten diese Medikamente spottbillig sein, wenn nur die Pharmaindustrie sich die Mühe machen würde, alle Menschen weltweit, die sie benötigen, zu versorgen. Es muss uns als PharmazeutInnen befremden, dass gerade in der Branche, von der die meisten von uns abhängig sind, die Logik kapitalistischen Handelns sich in der menschenverachtendsten Form auswirkt, die überhaupt vorstellbar erscheint.

Mit Spannung erwarte ich auch das Ergebnis des Prozesses, den 39 Pharmafirmen gegen die Regierung Südafrikas angestrengt haben. Diese hatte angekündigt, ein schon länger existierendes Gesetz erstmals anwenden zu wollen, welches vorsieht, dass die zuständigen Behörden ermächtigt werden können, den Patentschutz für Medikamente außer Kraft zu setzen, falls ein nationaler Notstand vorliegt. Bei 4,7 Millionen AIDS-Infizierten im Lande, was 11% der Bevölkerung entspricht, sieht Südafrika einen solchen Notstand als gegeben an.

Last not least: Im Zuge seiner Recherchen kommt John LeCarres Romanheld ganz in die Nähe des VDPP, nach Deutschland, nach Bielefeld, wo eine der Pharmaindustrie kritisch gegenüberstehende Organisation namens "Hippo" ihr Büro hat nicht zu verwechseln mit unseren Freunden von der BUKO Pharma-Kampagne, ebenfalls Bielefeld. Nicht zu verwechseln, oder doch?

Im Nachwort zu seinem Buch beschreibt LeCarre die BUKO Pharma-Kampagne als eine "finanziell unabhängige, personell unterbesetzte Vereinigung vernünftiger, hoch qualifizierter

Menschen, deren Ziel es ist, die Missetaten der pharmazeutischen Industrie, insbesondere deren Geschäfte mit der Dritten Welt, ans Licht zu zerren", und er ruft die LeserInnen auf, ein paar Mark an BUKO zu spenden und das in weltweiter Auflage! Wie hat BUKO das geschafft? Vielleicht gibt die BUKO Pharma-Kampagne, sollte sie dank dieses sensationellen Coups eines Tages im Geld schwimmen, dem VDPP etwas ab? Schließlich haben wir denen auch schon geholfen. Bis dahin bleibt festzustellen: Wenn es der BUKO Pharma-Kampagne gelungen ist, jemanden wie John LeCarre für ihre Arbeit zu begeistern, kann man sie dafür nur beglückwünschen.

PS: Die 39 Firmen haben die Klage gegen Südafrika zurückgezogen und sich bereit erklärt, die benötigten AIDS-Medikamente zu einem für die Bevölkerung erschwinglichen Preis nun selbst zur Verfügung zu stellen. Wie dieser Kompromiss zu bewerten ist, bleibt abzuwarten. Als moralischer Sieger jedenfalls darf sich die Regierung Südafrikas fühlen, und vielleicht hat John LeCarre mit Hilfe des Buches, über das ich hier schreibe, seinen Teil dazu beigetragen, dass die Pharmakonzerne sich genötigt sahen, im Fokus weltweiter Öffentlichkeit diese faktische Niederlage zu akzeptieren. Der Vorgang dürfte Signalwirkung haben. Aller Augen richtet sich nun auf Brasilien. Auch dieses Land ist massiv von AIDS geplagt, und auch dort gibt es Gesetze zur Zwangslizenzierung patentgeschützter Arzneimittel. Und immerhin ist Brasilien der fünfgrößte nationale Markt weltweit.

18, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 20. Juni, 4. und 18. Juli, 1., 15. und 29. August 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

Der neue Vorstand konstituiert sich nach der Mitgliederversammlung am 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.

## Termine

#### VDPP-Mitgliederversammlung 2001

15. – 17. Juni 2001 in 48151 Münster, Jugendgästehaus Aasee, Bismarckallee 31.

#### Regionalgruppe Berlin

Die Regionalgruppe trifft sich an jedem 3. Mittwoch im Monat um 20 Uhr im Café Blisse, Blissestraße 14, 10713 Berlin. Nächste Termine: 20. Juni, 18. Juli, 15. August 2001.

#### Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 20 Uhr bei Bernd Rehberg, Brahmsallee

# DOKUMENTATION

DER GENETISCHE CODE IST KEIN CODE - DER GENETISCHE CODE IST KEIN CODE - DER GENETISCHE CODE IST KEIN CODE - DER GENETISCHE CODE IST KEIN CODE - DER GENETISCHE CODE IST KEIN CODE - DER GENETISCHE CODE IST KEIN CODE - DER GENETISCHE CODE IST KEIN CODE - DER GENETISCHE CODE IST KEIN CODE

## "Der genetische Code ist kein Code"

Interview mit der Wissenschaftshistorikerin Lily E. Kay

### Henning Schmidgen

Dr. Henning Schmidgen ist Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte in Berlin. Veröffentlichungen u.a. "Ästhetik und Maschinelles" (1995, Hrsg.), "Das Unbewusste der Maschinen. Konzeptionen des Psychischen bei Guattari, Deleuze und Lacan" (1997). Er arbeitet zur Zeit an einem Projekt über die Geschichte psycho-physiologischer Experimentalpraktiken im 19. Jahrhundert.

**Henning Schmidgen: In der Einleitung zu Ihrem Buch unterstreichen Sie, dass es Ihnen nicht um eine Geschichte der Molekularbiologie geht. Sie beschreiben nicht die Entdeckung der DNA, auch nicht die Geschichte des Human-Genom-Projekts, obwohl beides wichtige Aspekte Ihrer Studie sind. Statt dessen stellen Sie die Geschichte des genetischen Codes dar. Warum haben Sie diesen Fokus gewählt?**

Lily E. Kay ist Wissenschaftshistorikerin am Museum für vergleichende Zoologie der Harvard-Universität. Von 1993 bis 1997 begleitete sie als Historikerin im Rahmen des amerikanischen Human Genome Projektes die Entschlüsselung der menschlichen DNA.

Lily Kay: Ich habe mich für die Geschichte des genetischen Codes interessiert, weil es dieser Code war, der es Wissenschaftlern ermöglicht hat, die Manipulation von Genen in Pflanzen, Tieren und Menschen in Angriff zu nehmen. Schon bevor der genetische Code 1967 vollständig begriffen wurde, gab es in den Medien eine deutliche Ahnung davon, dass dies eine der wichtigsten Entdeckungen des 20. Jahrhunderts sein

würde. So hieß es, der genetische Code sei noch wichtiger als die Wasserstoffbombe und die Atombombe, weil er die Menschen und ihre Beziehungen zueinander und zur Umwelt grundlegend verändern würde. In den Zeitungen gab es Diskussionen über die Macht, die Wissenschaftler in Zukunft über das Leben haben werden. Dies alles passierte, noch bevor die Gen-Manipulation als Verfahren überhaupt verfügbar war (das war erst in den frühen 1970er Jahren der Fall, mit dem Aufkommen von rekombinanten DNA-Technologien). Die öffentlichen Debatten um die Schaffung von "Engeln und Monstern" begannen also lange bevor der genetische Code als solcher verstanden wurde. In diesem Sinne war der Code eine Ikone, ein Wappen für die Machtpotentiale der Molekularbiologie, die zu dieser Zeit eine sehr junge Disziplin war, und diese Ikone eröffnete den Wissenschaftlern die Aussicht auf das künstliche Leben und die Gentechnologie.

**Sie versuchen die Geschichte des genetischen Codes nicht nur als ein Kapitel aus der Geschichte der modernen Lebenswissenschaften zu erzählen, sondern auch als Teil der Geschichte des Kalten Krieges, des Atomzeitalters und der aufkommenden Computertechnologie. Als entscheidende Instanz dieser Geschichte stellen Sie die Diskurse von Informatik und Kybernetik dar.**

Das ist wahrscheinlich eines der Merkmale, die mein Buch von anderen Darstellungen zur Geschichte der Molekularbiologie deutlich abhebt. Als Historikerin argumentiere ich, dass der genetische Code erst durch die historischen Umstände, das heißt durch den soziokulturellen Kontext, in den er eingebettet war, Gestalt bekam und zum Objekt wissenschaftlicher Aufmerksamkeit wurde.

Meine These ist, dass sich in den späten 1940er Jahren im System der Repräsentationen ein epistemischer Bruch ereignete. Es war die Zeit, in der sich die neuen Techno-Wissenschaften formierten: die Kybernetik, Informationstheorie, operations research, der elektronische Computer, die digitalen Technologien und Kontrollsysteme. Im Gefolge des Zweiten Weltkriegs fand eine weitreichende Neukonfigurierung des

Wissens statt. Meiner Beobachtung nach gilt dies nicht nur für die Biologie, sondern für alle Disziplinen.

Lily E. Kay geht es in ihrer - in vielen Teilen Michel Foucault verpflichteten - Analyse um das diskursive Feld, in dem sich die Wissenschaftler bewegen. Die Fragen dieses Interviews zielen also auf die Ideen und Ideologien, die die Forscher und die Gesellschaften prägten und prägen, in denen die Wissenschaftler seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs im Bereich der Genetik zu arbeiten begannen. Die Rede vom genetischen Code erweist sich dabei ebenso sehr als ein Ergebnis kultureller und geisteswissenschaftlicher Begriffsbildungen wie naturwissenschaftlicher Erkenntnisse. (H. S.)

Die Tatsache also, dass heutzutage über das Leben und die Gene in Begriffen von Informationssystemen gesprochen wird, dass die Beziehungen zwischen DNA und Proteinen als Informationsübertragungssysteme verstanden werden und dass die Beziehungen zwischen Nucleinsäure und Proteinen als Code aufgefasst werden - all dies ist Teil der Erbschaft einer Epoche, die entsprechende Metaphern und Tropen verwendet hat. Wir haben es hier mit einem Diskurs im Foucault'schen Sinne zu tun. Letztlich erzähle ich die Geschichte des genetischen Codes aus der Perspektive dieses Informationsdiskurses und des beginnenden Computerzeitalters.

### Kybernetisches Denken

**Sie zeigen, wie dieser Informationsdiskurs nicht nur in die Naturwissenschaften einwanderte, sondern sich auch in den Sozial- und Geisteswissenschaften verbreitete. Nicht nur die Biologie, sondern auch die strukturelle Linguistik und Anthropologie stehen in den 1950er Jahren unter dem Primat eines kybernetischen Denkens. Dabei scheint es so, als ob der vielzitierte Bruch zwischen den "zwei Kulturen" schon gar nicht mehr existierte, obwohl von ihm bis heute die Rede ist.**

Das stimmt. Die Arbeiten zum genetischen Code fanden im Zeitraum von 1953 bis 1967 statt, wobei die Jahre von 1953 bis 1961 eine erste Phase darstellen. Diese Phase war stark mathematisch geprägt und eher theoretisch ausgerichtet. Die meisten Personen, die sich in dieser Zeit mit dem genetischen Code beschäftigten, waren nicht wirklich Biologen. Vielmehr handelte es sich um Physiker, Mathematiker und Nachrichtentechniker. Zum Teil waren es Personen, die an Waffensystemen arbeiteten, also im Kontext des Kalten Krieges tätig waren.

Folglich trugen die Forscher an das Problem der Proteinsynthese eine ganze Vorstellungswelt der Informationsübertragung, der Codierung, der Botschaften und Signale heran. Sie verwandelten die Biologie in eine Wissenschaft, die nicht länger nur eine reine Lebenswissenschaft war. Statt dessen sah sich die Biologie verbunden mit der Physik und der Mathematik auf der einen Seite und mit der Anthropologie und der Linguistik auf der anderen Seite, denn auch diese waren zu Kommunikations- und Kontrollwissenschaften geworden.

Die ganze Art und Weise, ein biologisches Problem zu konzeptualisieren, veränderte sich also, obwohl das Problem als solches, das heißt die Proteinsynthese, schon vorher existierte: Wie entstehen aus Nucleinsäuren Proteine, bzw. wie verhalten sich Nucleinsäuren zum Bau von Proteinen. Die Fragestellung gab es schon vorher. Die diesbezügliche Forschungsarbeit wurde aber in den 1950er Jahren unternommen, und die Art und Weise, wie das Problem repräsentiert wurde, war spezifisch für diese Epoche. Sehr ähnliche Prozesse erkennt man in Disziplinen wie der Physik und der Mathematik, aber ebenso in den Kommunikationswissenschaften, einschließlich der Linguistik.

**Historische Untersuchungen, die sich mit der Entstehung der "Neuen Biologie" beschäftigen, tendieren immer noch dazu, Erfolgsgeschichten zu sein, das heißt Erzählungen von erfolgreichen Forschungsprogrammen und Institutionen, oder sogar Berichte über das Leben bedeutender Wissenschaftler. Sie versuchen statt dessen, die Geschichte eines wissenschaftlichen Objekts zu schreiben. Können Sie den Status dieses Objekts näher bestimmen?**

Ich habe mich entschlossen, keine Geschichte der Disziplin oder bedeutender Forscher zu schreiben, obwohl sich auch diese Stränge im Buch finden, denn natürlich sind auch sie sehr wichtig. Meine These ist, dass der genetische Code geschaffen wurde, dass er nicht schon als Gegenstand existierte, sondern zu einem wissenschaftlichen Objekt erst im Verlaufe eines Prozesses wurde, der schließlich zur Konzeptualisierung des Gen-Problems als Informationsübertragung zwischen DNA und Proteinen führte. Ich schreibe also die Geschichte eines wissenschaftlichen Objekts, das in einer historisch und kulturell sehr spezifischen Weise konstituiert wurde.