

R

R

R

R

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Unsere Ziele:

- **Demokratisierung des Gesundheitswesens**
- **Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung**
- **Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf**
- **umsatzunabhängige Apotheken**
- **ökologische Kriterien bei der Arzneimittelproduktion**
- **verbraucherfreundliche Arzneimittelgesetzgebung**
- **unabhängig**
- **überparteilich**
- **patientenorientiert**

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten gerade eine Extraausgabe des VDPP-Rundbriefs in der Hand, die – wie schon bei den letzten Apothekertagen – aus einigen Artikeln der letzten regulären Ausgaben zusammengestellt worden ist. Sie sollen Ihnen einen Überblick über Aktivitäten und Diskussionen in unserem Verein geben, der im Juni dieses Jahres sein 20-jähriges Bestehen gefeiert hat.

Der VDPP-Rundbrief erscheint viermal jährlich und informiert über Themen und Hintergründe im Gesundheitswesen, die zum Teil von der Fachpresse nur am Rande aufgegriffen werden.

Vielleicht finden Sie eigene Positionen in diesem Heft wieder oder wollen ganz einfach mit

uns diskutieren? Wenn wir Ihr Interesse beim Lesen geweckt haben sollten und Sie uns kennen lernen wollen, freuen wir uns über eine Kontaktaufnahme.

Wenn Sie Zeit und Lust haben, können Sie uns schon bald bei unserem Herbstseminar zum Thema „Gesundheit fördern – Netzwerke aufbauen: Was können Apotheken leisten?“ am 7. November 2009 in Berlin näher kennen lernen.

Ansonsten besuchen Sie unsere Website, sprechen unsere Mitglieder an (s. Rückseite) oder wenden sich an unsere Geschäftsstelle, die Ihnen gerne weitere Unterlagen zusenden wird.

Die Redaktion

IMPRESSUM

Herausgeber:

Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V., Neptun-Apotheke, Bramfelder Chaussee 291, D-22177 Hamburg, Tel. 040 63917720, Fax 040 63917724, E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de, URL: <http://www.vdpp.de>, Bankverbindung: Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Konto 200 47 - 105

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

Redaktionsanschrift: Jürgen Große, Mesterfeld 17, 22523 Hamburg, Tel. 040 5707700, Fax 040 5704575, E-Mail: redaktion@vdpp.de.

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

6 Ausgaben kosten im Abonnement 30 Euro.

Für Mitglieder des VDPP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Bericht über die öffentliche Anhörung zum Versandhandel am 25. März im Bundestag

von Florian Schulze

Da standen nun Jana und ich vor dem Reichstagsgebäude und begehrten um Einlass. Nachdem sich das Sicherheitspersonal davon überzeugt haben, dass wir offenbar nicht vorhatten, den Reichstag in die Luft zu sprengen, begaben wir uns zum Fraktionssaal der Unionsparteien, wo die Anhörung stattfinden sollte. Sie war übrigens öffentlich und konnte auch von angemeldeten Gästen verfolgt werden. Ein bisschen mulmig war mir ja schon zumute, denn das war die erste Veranstaltung dieser Art für mich.

Der VDPP ist auf Vorschlag der Linken als sachverständiger Verein eingeladen worden und bei all der Aufregung war ich doch froh, dass die Fragen der Linksfraktion im Vorhinein abgesprochen waren, so dass ich mich auf die Antworten gut vorbereiten konnte.

Es waren die meisten der maßgeblichen Organisationen eingeladen: die ABDA (gleichzeitig die BAK vertretend), der Verband Deutscher Versandapotheken (BVDVA) sowie sein europäisches Pendant EAMSP (vertreten durch Herrn Däinghaus höchstpersönlich), GKV-Spitzenverband, BAG Selbsthilfe, Pro Generika, Vfa, BPI, BVDA (die Konkurrenzvereinigung zum DAV), der Verband Deutscher Drogisten sowie vier Einzelsachverständige: Prof. Dr. Dr. Christian Dierks, Prof. Dr. Helge Sodan, Prof. Dr. Christian Starck und Prof. Dr. Michael Uechtritz, allesamt Juristen. Der Bundesverband Verbraucherschutz war ebenfalls geladen, hatte aber kurzfristig abgesagt. Auffällig war, dass außer uns und der BAG Selbsthilfe alle sachverständigen Vereinigungen Vertreter von Wirtschaftsverbänden, im Klartext Lobbyisten, waren.

In dieser Anhörung konnten die Sachverständigen zu zwei Anträgen Stellung nehmen: Die Linke hatte gefordert, den Versandhandel auf

das europarechtlich geforderte Maß zu beschränken, was ein Verbot des Versands von rezeptpflichtigen Arzneimitteln bedeuten würde. Die FDP wollte den klassischen Versand unangetastet lassen, aber die Pick-up-Stellen, also zum Beispiel Abholstellen in Drogerien, Kiosken und Tankstellen, verbieten.

Die Fragezeiten der Fraktionen werden entsprechend ihrer Fraktionsgröße festgelegt. Es beginnt die Union, gefolgt von SPD, FDP, der Linken und den Grünen. Die beiden großen Fraktionen haben danach noch einmal die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Die meisten Fragen gingen an deutschen und europäischen Verbände der Versandhändler und an die ABDA als die größten Gegenspieler in dieser Frage. Ich war positiv überrascht, dass dem VDPP auch Fragen von der SPD-Fraktion gestellt wurden.

Dass das Thema auch außerhalb der Fachkreise Bedeutung hat, zeigte sich einerseits in der recht gut gefüllten Gästebank und andererseits in der Anwesenheit von Vertretern der Bundesregierung (z. B. Staatssekretär Dr. Schröder) und des Bundesrates. Das war insofern interessant, als der Gesundheitsausschuss des Bundesrates kurz vorher dem Plenum mit großer Mehrheit empfohlen hat, für den Antrag einiger Bundesländer zu stimmen, der ebenso wie der Bundestagsantrag der Linken ein Verbot des Versandes von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln vorsieht. Wie wir heute wissen, ist der Bundesrat dieser Empfehlung nicht gefolgt, so dass die Chancen für ein Verbot des Versandhandels in absehbarer Zeit praktisch bei Null liegen.

Die größte Zahl der Fragen beschäftigte sich mit der Problematik Fälschungen aus dem Internet, Be-

ratungsqualität von Versand- und Präsenzapotheken, Vorteile für immobile Patienten sowie der rechtlichen Zulässigkeit eines Versand- bzw. Pick-up-Stellen-Verbotes.

Die Vertreter der Versandapotheken vertraten die Position, dass der legale Versandhandel keine Gefahr für die Patienten darstelle, da weder die Fälschungsrate höher, noch die Beratungsqualität niedriger sei. Für immobile Patienten sowie berufstätige Patienten könne der Versandhandel einen echten Mehrwert bieten, da der Weg in die Apotheke entfalle.

Die Debatte um den Versandhandel bringt merkwürdige Allianzen hervor. So stehen die marktgläubigen Liberalisierer mit den Vertretern der Selbsthilfegruppen und des Verbraucherschutzes in einer Front. Diese sehen vor allem Preisvorteile und die einfache Bestellung als Vorteile für den Patienten.

Die Argumentation des BVDVA bzw. der EAMSP war hinlänglich bekannt. Der „automatische Wechselwirkungscheck“ wurde einmal wieder als Alleinstellungsmerkmal des Versandhandels hingestellt. Es wurde betont, dass von den legalen Versandhändlern keine erhöhte Gefahr durch gefälschte Arzneimittel ausgehe, ohne auf die komplizierte Prozedur einzugehen, durch die eine legale Versandapotheke identifiziert werden kann. Von der BAG Selbsthilfe kam der für mich sehr kurzfristige Einwand, dass bei chronisch kranken bzw. Behinderten durch die Dauermedikation weniger Beratungsbedarf vorhanden sei und der Versand sich hier als Bezugsweg anbiete. Ich fand es interessant, dass ein Befürworter des Versandhandels damit einräumte, dass die Betreuung durch eine Versandhandelsapotheke eben doch schlechter ist als durch eine Präsenz-Apotheke. Zum anderen wies der gleiche

Sachverständige auf Kosteneinsparungen hin, die es, zumindest was die deutschen Versandapotheken angeht, im Arzneimittelbereich nicht gibt. Die Vertreter der GKV führten an, dass eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung nicht bestünde, da der Anteil des Versandhandels in Deutschland nie den in den USA erreichen würde. Eine Begründung für diese weitsichtige Voraussage wurde leider nicht geliefert, hätte mich zumindest aber brennend interessiert.

Die Vertreter des Versandhandels betonten mal wieder, dass sie über ihre Präsenzapotheke auch an Notdiensten, Notfallversorgung etc. teilnehmen würden. Leider wurde nicht hinzugefügt, dass auch die großen Versandapotheken, die sich den Versandmarkt größtenteils unter sich aufgeteilt haben, mit einer kleinen angehängten Ein-Mann-Apotheke, die vielleicht nicht einmal rentabel arbeiten muss, dieser Pflicht bereits nachgekommen sind. Die Versender aus dem Ausland (v. a. den Niederlanden) unterliegen solchen Pflichten wie auch dem Kontrahierungszwang bekanntlich nicht und verweigern daher auch die Herstellung von Rezepturen.

Es wurde auch behauptet, dass ein Verbot des Versandes von Rx-Präparaten europarechts- und verfassungswidrig wäre. Ob eine Klage diesbezüglich beim Verfassungsgericht oder dem EuGH Erfolg hätte, darf angesichts des hohen Stellenwertes, den der EuGH einer sicheren und patientenorientierten Arzneimittelversorgung zugesprochen hat, bezweifelt werden.

Auch die Gegner des Versandhandels sind recht heterogen. Die ABDA als Interessenvertreter der Apotheker vertritt hier durchaus ähnliche Argumente wie der VDPP. Man kann sich natürlich fragen, ob das auch so wäre, wenn es den Apothekern nicht wirtschaftlich an den Kragen gehen würde. Aber sei's drum – die Argumentation ist patientenorientiert. Meiner Meinung nach sollten wir uns solchen Allianzen nicht verschließen, natürlich ohne zu verschweigen, dass wir auf

anderen Gebieten entschieden andere Meinungen vertreten. Lutz Tisch, der Geschäftsführer Recht, der die meisten Fragen für die ABDA beantwortet hat, ist als Jurist auch merkbar kein reiner Privilegienverteidiger, sondern weiß, dass die Präsenzapotheke wenig Argumente auf ihrer Seite hat, wenn sie nicht stärker an ihrer Qualität arbeitet. Ich persönlich gerate mit einer Zusammenarbeit jedenfalls in keinen Gewissenskonflikt.

Dass der BPI und der VfA ebenfalls den Versandhandel ablehnen, dürfte mit der Angst vor vermehrt auftretenden Plagiaten und mit einer größeren Einkaufsmacht von Großversendern wie Sanicare zu tun haben. Der Preiskampf im Internet wird sicher in Form von Rabattforderungen auch an die Hersteller weitergegeben. Ich denke, diese Organisationen sind patientenorientierten Handelns weitgehend unverdächtig.

Meine Argumentation beruhte auf vier Eckpunkten, die ich dank der Absprache der Fragen mit der Linksfraktion auch größtenteils anbringen konnte. Ich habe sie in dem letzten Rundbrief-Artikel bereits erläutert und möchte sie hier nur noch einmal umreißen.

1. Die fernmündliche oder schriftliche Kommunikation kann den Ansprüchen an eine patientenorientierte Beratung nicht genügen.

Jeder Mitarbeiter in einer Apotheke weiß, dass die fachliche Richtigkeit einer Beratung nur ein Teil einer effektiven Beratung darstellt. Der schwierigere Part besteht häufig darin, auch komplexe Sachverhalte in der Sprache des jeweiligen Patienten zu verdeutlichen, das Verständnis beim Patienten durch gezieltes Nachfragen zu überprüfen bzw. nonverbale Signale dahingehend zu interpretieren. Das kritische Hinterfragen der Selbstdiagnose des Patienten ist häufig angebracht. Die rein mechanische Handhabung eines Medikamentes führt häufig zu Problemen, man denke hier an Pens, Pulverinhalatoren, Trockensäften, Fertigspritzen, Augentropfen,

einer Vielzahl von Medizinprodukten u. v. a. bis hin zur richtigen Injektionstechnik bei Diabetikern oder der korrekten Inhalationstechnik etc. All das ist durch eine Fernberatung systembedingt nicht gegeben und kann auch durch noch so qualifiziertes Personal am Telefon nicht gewährleistet werden. Die Gefahr von Arzneimittelschädigungen liegt hier auf der Hand.

2. Der Patient hat kaum Möglichkeiten, die Seriosität einer Internetseite zu überprüfen.

Qualitätssiegel können gefälscht werden (oder verschwinden wie das des BVDVA von allein wieder vom Markt, nachdem ein Gericht das Siegel für irreführend befunden hat!), die Weiterleitung auf die offizielle Versenderliste des DIMDI kann gefälscht werden, das Impressum kann gefälscht werden und nicht zuletzt ist es sowieso unrealistisch, dass ein Patient das alles überprüft. Gerade bildungsferne Schichten, bzw. „die Deppen der Nation“ wie es Herr Prof. Uechtritz charmant ausgedrückt hat, sind auf eine sichere und hochqualitative Arzneimittelversorgung angewiesen, da sie besonders stark zur unkritischen und dadurch oft unwissenschaftlich missbräuchlichen Anwendung von Arzneimitteln neigen.

3. Betreuung fördert Compliance.

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass die Compliance mit der Intensität der Betreuung steigt. Dabei ist es anscheinend nicht in erster Linie wichtig, wie die Betreuung aussieht, sondern dass sie stattfindet. Auch dass der Beratungswunsch praktisch immer vom Patienten ausgehen muss, setzt ein Problembewusstsein in der Bevölkerung voraus, dass ich in der Apotheke nicht erkennen kann. Non-Compliance ist ein kaum hoch genug einzuschätzender Faktor was den Therapieerfolg einerseits aber auch die Arzneimittelkosten auf der anderen Seite anbelangt. Die Kosten durch Non-Compliance (zusätzlich notwendige Therapien und Krankenhausaufenthalte, Schäden durch Arzneimittelmissbrauch,

Arbeitsausfälle etc.) belaufen sich beispielsweise in den USA auf 100 Milliarden Dollar jährlich. Eine moderne Arzneimittelversorgung muss meiner Meinung nach eine intensive persönliche Betreuung beinhalten, um die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu optimieren, Non-Compliance zu minimieren und dadurch Folgeschädigungen durch Fehl- Über- oder Unterversorgung zu vermeiden. Wir sollten uns davon verabschieden, den Menschen als Maschine betrachten, der einfach säuft, was man tankt und einfach handelt, wie man ihn fachlich korrekt programmiert.

4. Der Versandhandel ist systemimmanent und bietet dabei wenige Vorteile.

Ich möchte diesen Punkt anbringen, aber bewusst nicht dramatisieren. Die Apothekendichte ist im ländlichen Raum zum Teil klein, die Konkurrenz durch einen weiter wachsenden Versandhandel könnte gerade die dort angesiedelten Apotheken treffen, da der Weg zur nächsten Apotheke größer ist als in der Stadt und der Versandweg dadurch zusätzlich attraktiv wird. Andererseits muss man konstatieren, dass die Apothekendichte auch zum großen Teil etwas mit der Arztdichte zu tun hat. Die Klientel der Versandapotheken ist außerdem mehrheitlich in der Stadt anzutreffen, wo die flächendeckende Versorgung nicht gefährdet ist. Mittel- und langfristige könnten aber Versorgungsengpässe entstehen, wenn auch der ländliche Raum an schnelle Internetverbindungen angeschlossen ist und der Fernabsatzverkehr per Internet dort zur Normalität gehört. Des Weiteren müssen die oben angesprochenen Argumente für einen Versandhandel als unzureichend bezeichnet werden. Bis jetzt ist auch auf dem Land eine Versorgung gewährleistet, die schneller und sicherer ist als über den Versand – warum das aufs Spiel setzen? Als einziger und offensichtlicher Vorteil bleibt der Preis – ohne Zweifel ein Plus für den Patienten (falls niedrige Preise nicht zu einem höheren Verbrauch führen). Jedoch überwiegen für mich klar die Risiken.

Der Handel über Pick-up-Stellen hat für mich dieselben Nachteile wie der klassische Versandhandel. Ich erkenne keinen grundlegenden Unterschied in der Übergabe von Arzneimitteln durch einen Postboten und durch einen Drogerieangestellten. Vielleicht könnte man anbringen, dass die Beratung hier noch schlechter ist, da der Bestellende nicht einmal über die Internet-Seite einen direkten Kontakt zur abgebenden Apotheke hat und ich kann mir vorstellen, dass Rückfragen zur Beratung im Pick-up-Handel noch seltener vorkommen, als im klassischen Versandhandel. Zahlen dazu kenne ich leider nicht.

Die Debatte um den Versandhandel bzw. um die Abholstellen hat etliche Defizite in der Arzneimittelversorgung durch Präsenzapotheken offen gelegt.

Zum einen lässt die Diskretion in der öffentlichen Apotheke in der Regel sehr zu wünschen übrig. Die BAG Selbsthilfe wies darauf hin, dass die Beratung in der Offizin nicht ausreichend diskret verläuft, um die Privatsphäre des Patienten zu schützen. Auch der vorgeschriebene „Beratungsraum“ erfüllt aufgrund der mangelhaften Akzeptanz der Patienten und des Personals nicht diesen Zweck. Dieses Problem ist im VDPP bereits von Udo Puteanus thematisiert worden und sollte meiner Meinung nach weiterhin vorangetrieben werden.

Zum Zweiten kann zu Recht angeführt werden, dass der Bringdienst einer Präsenzapotheke durch nichtpharmazeutisches Personal um keinen Deut besser ist als der Versandhandel. Selbst die ABDA fordert, das Bringen der Medikamente von pharmazeutischem Personal durchführen zu lassen, wenn der Patient zur Bestellung der Medikamente zuvor nicht die Apotheke besucht hat, z. B. bei telefonischen Bestellungen oder Belieferung über Rezeptammelstellen. Ich finde, diese Forderung sollte der VDPP aufgreifen und möglicherweise beim

nächsten Apothekertag die ABDA darauf hinweisen und auf eine Umsetzung pochen.

Ich denke, dass die Anhörung insgesamt recht gut gelaufen ist. Natürlich gibt es im Nachhinein Argumente und Fakten, die von meiner Seite zusätzlich hätten angeführt werden können, und natürlich hätte ich gern die Gelegenheit gehabt, direkt auf Argumente, besonders des BVDVA und der EAMSP zu antworten. Ich bin sicher auch kein Rhetorik-Profi, der dort zielsicher und freisprechend die Dinge perfekt auf den Punkt gebracht hätte.

Aber ich denke, dass unsere Argumente von den parlamentarischen Entscheidungsträgern gehört und ernst genommen wurden. Und was will ein relativ kleiner und ehrenamtlich arbeitender Verein wie unserer mehr von seiner Arbeit erwarten?

(Im Internet kann eine Aufnahme der gesamten Anhörung unter <http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/115/tv/index.html> betrachtet werden, Voraussetzung sind ein einigermaßen schneller Internetanschluss und ein installierter Medienspieler wie z. B. RealPlayer oder Windows Media Player, Red.)



Klinische Forschung für wen?

Eine Bestandsaufnahme in der Onkologie

von Jana Böhme

Prof. W.-D. Ludwig referierte im öffentlichen Teil der MEZIS-Mitgliederversammlung über die Entwicklung und Verordnung neuer Arzneimittel in der Onkologie und deren *Beeinflussung durch die pharmazeutische Industrie*. Er ist Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, Robert-Rössle-Klinik, HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und MEZIS-Mitglied.

Innerhalb der rückläufigen Zahl der Gesamtzulassungen von Arzneimitteln in den USA ging Ludwig auf die steigenden Neuzulassungen onkologischer Arzneimittel ein. Grund dafür dürfte die *targeted therapy* sein, mit der eine neue Dimension in der Heilung von Krebs erreichbar schien. Die Versprechungen von den hoch wirksamen und nebenwirkungsfreien zielgerichteten Wirkstoffen sind längst nicht mehr haltbar. Dennoch lässt sich mit diesen Arzneimitteln viel Geld verdienen.

Gentechnisch hergestellte monoklonale Antikörper und die sogenannten *small molecules* profitieren zunehmend von der Möglichkeit der beschleunigten bzw. bedingten Zulassung, so Ludwig. Beispiele für eine bedingte Zulassung in der EU sind Panitumumab und Sunitinib (Anmerkung der Autorin). Temsirolimus, ein Wirkstoff, der bei Nierenzellkarzinom eingesetzt wird, ist ein Beispiel für eine *orphan-drug*-Zulassung. Ludwig führte auf, dass die Pharmaindustrie bei dieser Art der Zulassung zahlreiche Vergünstigungen hat. Teil davon sind die sogenannte „90 Tage Entscheidung über die Zulassung“ und das zehnjährige Marktexklusivrecht. Laut Ludwig werden solche „Nischenarzneimittel“ neuerdings zu „Blockbustern“ gemacht, indem sie in weiteren Indikationen getestet werden. Sunitinib besitzt seit 2007 eine re-

guläre Zulassung bei gastrointestinalen Stromatumor und metastasierenden Nierenzellkarzinom¹. Laut Pfizer wird der Wirkstoff derzeit bei Brust-, Darm-, Leber-, Lungen-, Magen-, und Prostatakarzinom geprüft² (Anm. der Autorin).

Wie es um die klinische Forschung in der Onkologie aussieht, zeigte Ludwig an mehreren Beispielen. Zunehmend werden sogenannte Surrogatmarker, wie die Ansprechrate oder das progressionsfreie Überleben als primäre Endpunkte von Studien eingesetzt.

Djulfbegovic, B. et al.³ zufolge waren von 624 randomisierten kontrollierten Phase-III-Studien bei Krebs, die im Zeitraum von 1955 bis 2000 in den USA durchgeführt

wurden, nur 30 % der Studienergebnisse positiv. 50 % der neuen Therapien waren nicht besser als die Standardtherapien innerhalb der 70 % mit negativen Studienergebnissen. Bezüglich des Gesamtüberlebens waren nur 2 % der untersuchten Studien positiv.

Nach Ludwig setzt sich dieser Trend in Europa fort. Eine Publikation von Apolone, G. et al.⁴ zu Studien von 14 Wirkstoffen mit 27 Indikationen zeigte, dass nur 7 % der untersuchten Zulassungsstudien, die zwischen 1995 und 2004 bei der EMEA eingingen, das Gesamtüberleben als primären Endpunkt ausgewertet hatten. 41 % zogen das progressionsfreie Überleben und 48 % die Ansprechrate für die Wirksamkeit heran.

Welchen Zusatznutzen, die von der EMEA in der Zeit von 1995 bis 2006 zugelassene Wirkstoffe gegen hämatologische Neoplasien haben,

zeigten Bertele, V. et al.⁵. So konnte nur bei vier von elf Wirkstoffen ein eindeutiger klinischer Effekt nachgewiesen werden. Nur zwei der siebzehn Zulassungsstudien hatten das Gesamtleben als primären Endpunkt ausgewertet – zwölf bewerteten lediglich die Ansprechrate.

Ein weiterer Kritikpunkt, den Ludwig in Studien sah, ist der Kontrollarm, der oft nicht dem therapeutischen Standard entspricht. Nach Van Luijn, J. C. F. et al.⁶ werden die neuen Substanzen in der Onkologie nur in 10 % der Studien mit wirksamen Standardsubstanzen verglichen.

Kritisch bewertete Ludwig ebenfalls vorzeitig abgebrochene Studien, die zum einen wegen der meist zu

kurzen Nachbeobachtungszeit zu Lasten der Sicherheit des Wirkstoffs gehen. Zum anderen kommt die Zwischenanalyse oft zu überschätzten positiven Ergebnissen, die sich im weiteren Verlauf der Studie nicht halten lassen. Nichtsdestoweniger wurden nach Trotta, F. et al.⁷ zwischen 1997 und 2007 48 % der neuen Therapien in randomisierten kontrollierten Phase-III-Studien, aufgrund solcher Zwischenanalysen, zugelassen.

Ludwig zeigte an all diesen Beispielen, dass es ein erhebliches Defizit bei den Zulassungsstudien in der Onkologie in Bezug auf die Wirksamkeit und die Sicherheit neuer Substanzen gibt. Er machte klar, dass aus Interessenskonflikten und Vermarktungsgründen patientenrelevante primäre Endpunkte wie Gesamtüberleben und Lebensqualität im Studiendesign unzureichend berücksichtigt und zugunsten von Surrogatmarkern, die kaum eine



Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte



Aussage darüber erlauben, geopfert werden. Um den Nutzen bzw. das Risiko der neuen Substanzen ausreichend zu erfassen, forderte Ludwig unabhängige versorgungsnaher Phase-IV-Studien, welche die Wirksamkeit und Sicherheit unter Alltagsbedingungen prüft.

In einer Übersicht von Booth, Ch. M. et al.⁸ zeigte Ludwig die Entwicklung, wie sich klinische Studien von der öffentlichen Hand zur Pharmaindustrie verlagert haben. In der Dekade von 1975 bis 1984 waren 60% der randomisierten kontrollierten Studien von der öffentlichen Hand finanziert (vs. 4 % von der Pharmaindustrie). In der Zeit von 1995 bis 2004 waren es gerade noch 31 % (vs. 57 % Pharmaindustrie). Die Untersuchung zeigte aber auch die damit zusammenhängende Veränderung der Studienergebnisse – neue Therapien schnitten im Vergleich zur Kontrolltherapie erheblich besser ab (23 % (1975 – 1984) vs. 42 % (1995 – 2004)). Ein Zeichen für den höheren Forschungsdruck, den Forscher in der Pharmaindustrie unterliegen.

Als ein weiteres Problem industriefinanzierter Forschung in der Onkologie stellte Ludwig die Verzerrung von Studienergebnissen durch Nichtveröffentlichung dar. Nach Krzyzanowska, M. K. et al.⁹ werden rund ein Viertel großer Phase-III-Studien nicht publiziert. Die Nichtveröffentlichung betrifft nichtsignifikante bzw. negative Studienergebnisse, was dazu führt, dass die Wirksamkeit von Therapien überschätzt wird.

Die unbefriedigende Datenlage aus klinischen Studien in der Onkologie ist die eine Seite. Hinzu kommt eine weitere – die explodierenden Therapiekosten. Dass die neuen Wirkstoffe in der Onkologie die Finanzierung der GKV in die Knie zwingen, machte Ludwig an folgendem Beispiel deutlich: Eine Therapie bei Kolonkarzinom nach dem FOLFIRI-Schema (Kombination aus Irinotecan, 5-FU und Folinsäure) über 24 Wochen kostet rund 21.000 Euro. Eine Therapie mit dem monoklonalen Antikörper Panitumumab allein

kostet in dem gleichen Zeitrahmen rund 71.000 €. Wie weiter oben in diesem Artikel von mir angemerkt wurde, ist Panitumumab in der EU bedingt zugelassen worden, d. h. die Wirksamkeit und die Sicherheit sind noch nicht vollständig nachgewiesen! Diese Preisentwicklung wird sich mit der Zulassung weiterer Wirkstoffe in der Onkologie fortsetzen und kann unmöglich von der GKV finanziert werden, so Ludwig. NICE in Großbritannien begegnete der Kostenexplosion mit einer negativen Bewertung von Bevacizumab und Cetuximab in der Behandlung des metastasierten Kolonkarzinoms.¹⁰ Die Diskrepanz zwischen den Vermarktungsinteressen der Pharmaindustrie und der patientenrelevanten Wirksamkeit und Sicherheit von neuen Wirkstoffen in der Onkologie bedarf einer anderen Lösung.

Nach Sulmasy, D. P.¹¹ darf die Tatsache, dass eine Therapie einen Preis hat, nicht zu der Annahme führen, dass PatientInnen einen Preis haben. Die Diskussion um die Kosteneinsparung in der Onkologie darf keine rein ökonomische sein, sondern muss ethische und moralische Bedenken einbeziehen. Mit Blick auf die begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen muss die Gesellschaft entscheiden, wie diese am besten verteilt werden.

Die Verbesserung von klinischen Studien ist für Ludwig dazu unumgänglich. Nach einer Übersicht sollten sich das Studiendesign und die Veröffentlichung der Ergebnisse streng an Leitlinien halten. Surrogatmarker sollten nur noch als Endpunkt von Studien benutzt werden können, wenn sie mit dem Gesamtüberleben und der Lebensqualität korrelieren. Klinische Studien sollten auch eine pharmakoökonomische Analyse beinhalten. Publikationsbias müssen vermieden werden, um richtige Therapieempfehlungen gemäß bestehender Leitlinien generieren zu können.

Diese Forderungen sind meiner Meinung nach nur mit öffentlich finanzierten Zulassungsstudien möglich. Von der Pharmaindustrie

finanzierte Zulassungsstudien werden nie die Datenlage zu neuen Wirkstoffen befriedigen können. Sie hat allein das Interesse, ihr neues Produkt so schnell wie möglich vermarkten zu können. Dies widerspricht dem Ziel einer an die öffentlichen Bedürfnisse ausgerichteten klinischen Forschung zum Wohle der PatientInnen. Mit Blick auf die von Sulmasy angesprochenen endlichen Ressourcen im Gesundheitswesen sollte klinische Forschung wieder als öffentliche Aufgabe begriffen werden, die unnötige und doppelte Belastungen der PatientInnen in klinischen Studien verhindert.

¹ <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/sutent/sutent.htm>

² <http://www.journalonko.de/newsview.php?id=2669>

³ Djulbegovic, B. et al.: Arch Intern Med 2008; 168: 632-42

⁴ Apolone, G. et al. : BJC 2005; 93 : 504-9

⁵ Bertele, V. et al.: Eur J Clin Pharmacol 2007; 63:713-9

⁶ Van Luijn, J. C. F. et al.: Br J Clin Pharmacol 2006; 63 : 159-62

⁷ Trotta, F. et al. : Ann Oncol, April 9, 2008

⁸ Booth, Ch. M. et al.: JCO, November 20, 2008: 5458-5464

⁹ Krzyzanowska, M. K. et al.: JAMA 2003; 290: 495-501

¹⁰ [http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?](http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=folder&r=true&o=33904)

[action=folder&r=true&o=33904](http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=folder&r=true&o=33904)

¹¹ Sulmasy, D. P. : JCO, January 10, 2007: 217-222



Der kleine Unterschied

Geschlechterspezifische Erkenntnisse in Pharmazie und Medizin

Bericht vom VDPP-Frauenseminar 2009

von Katja Lorenz

Nach jahrelanger Pause und Diskussionen, ob Seminare nur für Frauen zeitgemäß, notwendig oder Männer benachteiligend wären, fand am 25. April endlich wieder ein Frauenseminar des VDPP statt.

Der Veranstaltungsort in Berlin hätte passender nicht gewählt sein können. Das Café Seidenfaden, in der Nähe der Hackeschen Höfe, ist ein Projekt von FrauSuchtZukunft, des Vereins zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e. V.. Es ist nicht nur ein alkohol- und drogenfreies, sehr preiswertes Frauencafé, sondern auch ein Ausbildungs- und Arbeitsprojekt, das auch einen Catering-Service betreibt. Hier trafen

Ulrike, die auch Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) ist, stellte Unterschiede im Arzneimittelkonsum, im Stoffwechsel, im Suchtverhalten der Geschlechter dar und belegte diese mit aktuellem Zahlenmaterial. Sehr verkürzt zusammengefasst heißt das: Frauen leiden eher an der Psyche, Männer eher an ihrem Körper. Die Arzneimittelsucht ist weiblich, die Alkoholsucht dagegen männlich. Als „Geschlechter-Paradox“ bezeichnete sie, dass Frauen sich kränker fühlen, aber länger leben als Männer. Sie verdeutlichte auch mit Beispielen aus der Werbung, wie lukrativ die Frauen mit ihren Bedürfnissen und Krankheiten bzw.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowohl im Krankheitsverlauf (Stichwort: Herzinfarkt) als auch in der ärztlichen Behandlung dar. Diese zeigte sie aber nicht nur auf, sondern appellierte in ihrem launig vorgetragenen Beitrag auch daran, dass die Frauen Verantwortung übernehmen müssten. In frauenheilkundlichen Organisationen beispielsweise sind die Vorstände überwiegend, manchmal zu 100 %, mit Männern besetzt. Eine mehr als absurde Situation!

Birgit Babitsch, vom „Center for Gender in Medicine“ an der Charité und Kollegin von Frau Kaczmarczyk im postgradualen Studiengang, stellte Studienergebnisse aus der geschlechtsspezifischen Versorgungsforschung vor. Diese ist in Deutschland noch eher Neuland; die USA und Großbritannien sind hier viel weiter. Untersucht werden Fragen wie: Gibt es Unterschiede (und wenn ja, welche) im Verschreibungsverhalten von Ärzten und Ärztinnen für Patienten oder Patientinnen? Treten Patient/Patientin im Behandlungszimmer anders auf, je nachdem, ob ihm/ihr Arzt oder Ärztin gegenüber sitzen? Wie beurteilen Arzt/Ärztin ihren Umgang mit Patient/Patientin?

Viel lässt sich aus den ersten Studien noch nicht verallgemeinern. Es gibt Unterschiede in der Kommunikation. Ärztinnen versuchen im Gespräch eher eine gemeinsame Ebene zu finden und nehmen sich im Durchschnitt zwei Minuten mehr Zeit (was auch wirtschaftliche Konsequenzen für sie hat). Ärzte bieten eher einen Informationsaustausch, sind konfliktfreudiger. PatientInnen reden bei Ärztinnen mehr und versuchen sich eher durchzusetzen als im Gespräch mit Ärzten.



sich 25 Frauen, die nur zum Teil Mitglied im VDPP sind. Dank breiter Werbung kamen auch Ärztinnen, Patientenvertreterinnen, Gesundheitswissenschaftlerinnen, Studentinnen ...

Zu o. g. Thema referierten die Apothekerin Dr. Ulrike Faber (Gründungsmitglied des VDPP), die Ärztin Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk und die Gesundheitswissenschaftlerin Prof. Dr. Birgit Babitsch.

zu Krankheiten erklärten Lebensphasen für die Pharmaindustrie sind. (Wobei die Industrie auch zunehmend für Männer neue, behandlungsbedürftige Zustände entdeckt!)

Gabriele Kaczmarczyk, die u. a. das postgraduale Master-Studium „Society and Health – International Gender Studies“ an der Charité entwickelt hat und nun leitet, stellte in ihrem Vortrag die medizinischen

Um das herausfinden zu können, wurden den ÄrztInnen Videos gezeigt, in denen PatientInnen ihre Beschwerden (nach vorgegebenem Drehbuch) schilderten. Im Anschluss sollten sie die Diagnose stellen und ihr weiteres Vorgehen darstellen. Ein festgestellter Unterschied bestand z. B. darin, dass Patienten eher an einen Facharzt überwiesen bzw. weitere diagnostische Verfahren angewendet werden würden als bei Patientinnen. Soweit die Fakten. Völlig offen, d. h. noch nicht untersucht, ist dabei allerdings, welches Vorgehen für die PatientInnen und das Gesundheitssystem hilfreicher wäre.

Auf Grund dieser Erfahrungen engagiert sich Frau Babitsch sehr für die feste Etablierung des Wahlpflichtfaches „Gender Medicine“ für Medizinstudierende der Charité, das bisher ganz überwiegend von Studentinnen belegt wird.

So ging ein informativer, kurzweiliger Tag in angenehmer Atmosphäre zu Ende.

Der Vorstand dankt Ulrike Faber, die das Seminar maßgeblich organisiert hat!

Erstmals hatten wir uns um die Akkreditierung eines VDPP-Seminars als Fortbildungsmaßnahme bei den Apotheker- und Ärztekammern in Berlin bemüht. So konnten die teilnehmenden Apothekerinnen und Ärztinnen sogar noch Punkte für ihr Fortbildungszertifikat sammeln. Wir meinen: dieser Umstand kann neben dem Wissenszuwachs jenseits der täglichen Berufspraxis, neben der Möglichkeit, engagierte Frauen auch anderer Gesundheitsprofessionen zu treffen und neue Lokalitäten/Projekte kennen zu lernen und dort lecker zu essen, doch auch eine weitere Motivation für die Teilnahme an einem Frauenseminar

sein. Deshalb sind wir entschlossen, keine erneute Pause zuzulassen und im nächsten Jahr weiterzumachen. Christiane Hefendehl übernimmt die Sammlung von Themenwünschen.



Stellungnahme des VDPP zum Urteil des EuGH zum Fremdbesitzverbot von Apotheken

Der VDPP begrüßt das Urteil des Europäischen Gerichtshofes als wichtigen Sieg des Verbraucherschutzes. Der Versuch, Kettenapotheken in Deutschland zu etablieren, ist damit vorerst gescheitert. Aus Sicht des VDPP ist die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln Vertrauenssache. Die Verbraucherinnen und Verbraucher müssen sich auf die Qualität des Medikamentes und auf die Qualität der Versorgung und Beratung verlassen können, da sie beides in der Regel nicht selbst beurteilen können. Sollten Kapitalgesellschaften wie der Pharmagroßhandel oder die Pharmaindustrie Inhaberinnen von Apothekenketten werden können, müsste der Verbraucher damit rechnen, dass Beratung und Produktempfehlungen abhängig von der aktuellen Vermarktungsstrategie des jeweiligen Konzerns erfolgen. Die Entscheidung des EuGH, das Fremdbesitzverbot für vereinbar mit dem europäischen Recht zu erklären, offenbart die Zweifel des Gerichts an der Gemeinwohlorientierung der Arzneimittelversorgung in der Hand von Großkonzernen.

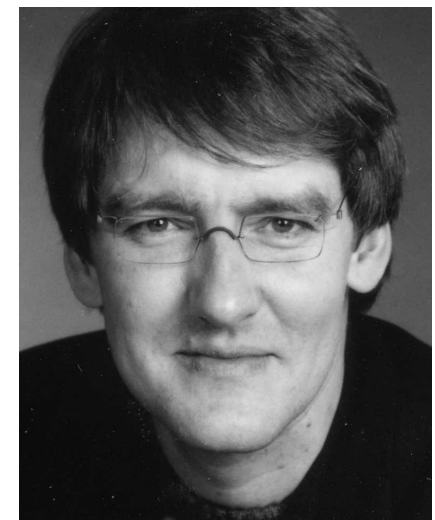
Der VDPP sieht allerdings auf dem derzeitigen deutschen Apothekenmarkt einen erheblichen Verbesserungsbedarf. Die Inhaber-geführte Apotheke ist nicht per se ein Qualitätsmerkmal, sie muss die Qualität in der Beratung und Versorgung unter Beweis stellen. Der VDPP ist im Übrigen der Meinung, dass auch andere Eigentumsverhältnisse für Apotheken durchdacht werden sollten: Die Apotheke könnte auch als Teil eines medizinischen Versorgungszentrums unter kommunaler oder genossenschaftlicher Trägerschaft organisiert sein. Die Ablehnung kommerzieller Apothekenketten bedeutet nicht, dass wir die freiberuflich geführte Apotheke für alternativlos halten.

Der VDPP befürchtet, dass die wirtschaftsliberale Umgestaltung des Apothekenmarktes in Deutschland mit dem Urteil des EuGH nicht vom Tisch ist. Es liegt weiterhin in der Hand der Nationalstaaten, verschiedene Eigentumsformen für Apotheken zuzulassen. Der VDPP würde es außerordentlich bedauern, wenn nach dieser Entscheidung, die aus

Gründen des Patientenschutzes gefallen ist, die Protagonisten des freien Marktes in einigen Parteien erneut begännen, den Patientenschutz auszuhöhlen und Vorarbeit für eine oligopol organisierte Apothekenlandschaft zu leisten.

Hamburg, den 19.05.2009

Dr. Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)



Der Versandhandel mit Arzneimitteln

von Florian Schulze

Im Jahre 2004 wurde im Zuge des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) der Versandhandel mit Arzneimitteln in Deutschland legalisiert. Im Folgenden sollen eingetretene oder noch zu erwartende Auswirkungen dieser Maßnahme auf die Arzneimittelsicherheit, auf die Versorgungssicherheit und -qualität und auf den Apothekenmarkt untersucht werden.

Auf dem Gebiet der Arzneimittelsicherheit werden die Gefahren, durch Arzneimittel zu Schaden zu kommen, analysiert. Besondere Gefahren gehen hier von gefälschten Arzneimitteln bzw. illegal vertriebenen Arzneimitteln aus. Nicht nur der fehlende, falsche oder falsch dosierte Wirkstoff birgt hier direkte Gefahren wie Vergiftungen oder auch ausbleibende therapeutische Wirkungen; auch fehlende Informationen zu Risiken, Dosierung, Anwendungsgebieten oder Haltbarkeitsdaten und die dadurch hervorgerufene Fehlanwendungen können direkt gesundheitsgefährdend sein. Ebenso stellen als harmlos dargestellte Mittel, die z. B. als „sanfte Medizin“ verkauft werden, aber keinerlei Kontrollen bezüglich ihrer Unbedenklichkeit unterliegen, eine nicht zu unterschätzende Gefahr dar. Als Beispiel mag hier ein Mittel dienen, das u. a. als „Darling“ oder „LiDa“ vertrieben wurde¹. Beworben wurde es als chinesisches Naturheilmittel, in Wirklichkeit war Sibutramin enthalten, ein synthetischer Stoff, der in Deutschland verschreibungspflichtig ist und schwere Nebenwirkungen sowie lebensgefährliche Wechselwirkungen auslösen kann. Der Inhaltsstoff war weder deklariert, noch wurde über Risiken aufgeklärt.

Das Bundeskriminalamt hat sich in einer Studie der Problematik Arzneimittelkriminalität gewidmet und ist zu alarmierenden Ergebnissen gelangt². Das Internet wird als das Haupteinfallstor für Fälschungen

und illegalem Handel genannt. Laut der Studie sind im *legalen* deutschen Handel den Überwachungsbehörden von 1997 bis 2007 ganze dreißig Fälle von Arzneimittelfälschung bekannt geworden. Davon waren gerade zwei Präparate Totalfälschungen gewesen, der überwiegende Teil war illegal umverpackt worden.

Allein in Deutschland hat sich der Wert der beschlagnahmten Fälschungen aus anderen Quellen (Versandhandel, illegaler Handel mit Anabolika etc.) innerhalb eines Jahres von 2,5 Millionen auf 8,3 Millionen Euro verdreifacht.

EU-weit sind im Jahr 2006 2,7 Millionen Packungen sichergestellt worden, was eine Zunahme um 384 % gegenüber 2005 bedeutet³. Im Jahr 2007 betrug die Steigerungsrate noch einmal plus 51 %⁴.

In der BKA-Studie heißt es weiter: „Unabhängig von dem legalen Handel über Internet-Apotheken existiert ein illegaler Handel durch nicht autorisierte Personen im World Wide Web. Diese unseriösen Angebote von den seriösen zu unterscheiden, ist schwierig. Es erscheint einfach, die Vorschriften des AMG, die der Sicherheit der Gesundheit des Patienten dienen, mit Hilfe des Internet zu umgehen. (...) Vor illegalen Internetapotheken warnt auch der Internationale Suchtstoffkontrollrat (INCB) der Vereinten Nationen, da von ihnen wegen der schlechten Qualität und unklaren Inhaltsstoffe eine ernste Gefahr für die Gesundheit der Kunden ausgeht.“

Großbritannien hat sich zur europäischen Drehscheibe für illegale oder illegal vertriebene Arzneimittel aufgeschwungen.

Im August 2008 hat der Internetdienstleister „MarkMonitor“ eine Untersuchung zum Thema Online-Arzneimittel vorgelegt. Es wurden weltweit 3160 Online-Apotheken

untersucht. 506 dieser Apotheken operierten laut „MarkMonitor“ über britische Server. Damit sei nahezu jede fünfte Online-Apotheke britisch oder habe zumindest „eine starke britische Komponente“. Von den untersuchten britischen Versandern legt jeder Zehnte auch bei rezeptpflichtigen Medikamenten keinen Wert auf eine ärztliche Verordnung. Mehr als die Hälfte hält es nicht für notwendig, die gesendeten Kundendaten zu verschlüsseln. Der überwiegende Teil der Internetapotheken werde von Kriminellen betrieben, so das vernichtende Fazit der Studienautoren. Die deutschen Versandhändler stehen momentan so stark unter Beobachtung, dass solche „Nachlässigkeiten“ noch Ausnahmen bilden dürften. Sollte die öffentliche Aufmerksamkeit aber nachlassen, besteht wohl kein Grund zu hoffen, dass sich deutsche Versender anders verhielten als britische. Warum es neben niederländischen gerade britischen Versandapotheken erlaubt ist, nach Deutschland zu liefern, bleibt angesichts dieser Daten unverständlich.

Dass gerade diese beiden Länder auch ein relativ liberales Verschreibungsrecht besitzen, also viele Arzneimittel, die in Deutschland vom Arzt verordnet werden müssen, dort legal (!) per Versand ohne Rezept zu erhalten sind, lässt die kleinteiligen Novellierungen der deutschen Verschreibungsverordnung lächerlich erscheinen.

In Deutschland hat der Bundesverband Deutscher Versandapotheken (BVDVA) mit dem propagierten Ziel, Transparenz und Sicherheit bei deutschen Versandapotheken zu schaffen, ein Gütesiegel eingeführt, das dem Verbraucher eine Sicherheit vermitteln soll. Diese Sicherheit besteht allerdings ausschließlich aus Selbstverpflichtungserklärungen, die größtenteils ohnehin gesetzlich vorgeschrieben sind, und verbandsinternen BVDVA-Kontrollen. Es gibt keine unabhängige, geschweige

denn behördliche Instanz, die eine besondere Qualität bestätigen kann. So verwundert es auch nicht, dass die Wettbewerbszentrale Klage gegen die Verwendung des Gütesiegels eingereicht hat. Das Landgericht Darmstadt hat dieser Klage im November 2008 statt gegeben (noch nicht rechtskräftig)^{5, 6}. Die Entlarvung des Gütesiegels des BVDVA als „irreführend“ ist ein Fortschritt im Sinne des Verbraucherschutzes, zeugt aber auch davon, dass es den BVDVA-Apotheken nicht wirklich um Qualität und Transparenz ging.

Aber auch die gesetzlichen deutschen Regelungen für einen „sicheren Versandhandel“ können anscheinend ohne größere Probleme umgangen und auch ohne Sanktionen verletzt werden. So werden rezeptpflichtige Arzneimittel von deutschen Unternehmen ohne Rezept angeboten und Legalität vorgetauscht, indem einfach ein „kostenloses ärztliches online-Rezept“ ausgestellt wird⁷.

Die VfG-Apotheke versendet seit Jahren Medikamente aus Tschechien nach Deutschland⁸. Auf telefonische Nachfrage wurde von der VfG-Apotheke versichert, es handele sich um ein deutsches Unternehmen, der Versand wäre legal, außerdem würde von Halle/Saale versendet werden. Ein Blick in das Impressum der Internetseite bestätigt: Der Firmensitz und das Vertriebslager liegt in Tschechien, wo der Arzneimittelversand laut BMG nicht an Sicherheitsanforderungen geknüpft ist⁹. Wie schwierig die rechtliche Einschätzung ist, zeigt ein Test der Stiftung Warentest, die ausgerechnet dieses illegal operierende Versandunternehmen mit „gut“ bewertet hat. Die zuständigen Behörden sind seit Jahren darüber informiert, jedoch fehlen wohl politische Durchsetzungskraft oder politischer Wille, dem Einhalt zu gebieten.

Auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)¹⁰, das Europäische Verbraucherzentrum¹¹ und die Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹² warnen vor dem Bezug aus unsicheren In-

ternetquellen – bloß welche Internetquellen sind unsicher? Wie viel Zeit nimmt sich ein Patient, um den Wahrheitsgehalt der Inhalte, seien es Heilsversprechen oder falsche Angaben zur Legalität oder zur Herkunft des Medikamentes, zu überprüfen? Wie viel kritische Objektivität ist einem Menschen zuzutrauen, der aufgrund eines Leidensdrucks Hilfe durch ein Arzneimittel sucht?

Um das Problembewusstsein der deutschen VerbraucherInnen zu testen, hat Prof. Schweim, Lehrstuhl für „Drug Regulatory Affairs“ der RFW-Universität Bonn, eine angebliche Versandapotheke kreiert¹³.

Mit minimalem Aufwand kopierte er den Internetauftritt einer tatsächlichen Apotheke. Äußerlich ähnlich, war doch verhältnismäßig leicht zu erkennen, dass es sich nicht um eine seriöse Apotheke handelte. So wurde der Name „Fake-Apotheke“ gewählt, das Siegel des BVDVA wurde nachgemacht, aber nicht mit Sicherheitsmerkmalen ausgestattet, in den AGB wurde klar geschrieben, dass Kunden betrogen werden sollten, das Impressum enthielt nicht die erforderlichen bzw. korrekten Angaben. Trotzdem wurde die Seite positiv aufgenommen, „die Leute bestellen einfach“, wird Schweim zitiert¹⁴.

Fazit: Ohne umfangreiche Nachforschungen hat ein Laie kaum Möglichkeiten, die Seriosität eines Internetanbieters zu überprüfen. Damit kann er weder Gewissheit über Zusammensetzung und Qualität des Produktes erlangen noch auf die Richtigkeit der entsprechenden Werbeaussagen vertrauen. PatientInnen und Patienten werden damit bewusst des Risikos von Gesundheitsschädigungen ausgesetzt.

Nicht weniger wichtig ist der Einfluss der neuen Vertriebsart auf den Arzneimittelkonsum von PatientInnen und die daraus resultierende Arzneimittelsicherheit. Was unterscheidet eine telefonische von einer persönlichen Beratung?

Die Richtigkeit der Information, die in Testkäufen untersucht wird, ist ein wichtiges, aber kein ausreichendes

Kriterium für die Beratungsqualität. Wie soll am Telefon beurteilt werden, ob der Ratsuchende einen Sachverhalt verstanden hat oder nicht? Jeder, der in seinem Beruf kommuniziert, weiß, dass die individuell richtige Sprache gefunden werden muss, um komplexe Sachverhalte zu vermitteln. Das schlichte Erklären der mechanischen Handhabung von Arzneimitteln (Bsp. Insulin, Inhalatoren, Trockensäfte, Heparinoide u. v. a.) sowie Medizinprodukten und Hilfsmitteln stellt den Telefonberater vor ernste Schwierigkeiten und birgt zwangsläufig die Gefahr von Fehlanwendungen und damit Gesundheitsschädigungen. Die VITA-Studie¹⁵ hat gezeigt, dass die Fehlerquote bei der Anwendung von Asthma-präparaten von rund 80 % auf rund 20 % durch eine einmalige Einweisung/Vorführung durch einen Apotheker gesenkt werden konnte. Dieses Potential bleibt beim Versand ungenutzt, Versorgungsqualität und Kosteneffizienz sinken rapide.

Dass das Beratungspersonal beim Versandhändler die Konsequenzen seines Tuns nur selten mit eigenen Augen sieht, birgt die Gefahr, dass das Verantwortungsbewusstsein auf die Ebene der Justiziabilität reduziert wird, nach der richtig berät, wer die Gebrauchsinformation vorliest.

Eine effiziente Beratung ist diejenige, die verstanden wird – für mich ein K.-o.-Kriterium für telefonische, ganz zu schweigen von schriftlicher Beratung.

Die Beratung sollte so niedrigschwellig angeboten werden wie möglich. Jeder Apotheker weiß, dass häufig die Fragen und Unsicherheiten erst ans Licht kommen, wenn der Patient aktiv angesprochen wird, die gesamte Medikation oder auch Lebensumstände des Patienten bekannt sind. Die Packungsbeilage ist für viele Patienten eine Quelle der Verunsicherung, die Informationen müssen mit Sachverstand bewertet und individuell gefiltert werden. Die Beratungsqualität der Präsenzapotheke ist bekanntermaßen verbesserungswür-

dig, sie ist aber auch verbesserungsfähig. Beim Versandhandel liegt der Fehler im System. Dass der Beratungsbedarf vorhanden ist, beweisen die vielen Patienten, die in die Präsenz-Apotheke kommen, weil sie sich im Netz, auch bei legalen Versandapotheken, nicht adäquat informiert fühlten.

Wer den Internetauftritt von sanicare¹⁶, der größten deutschen Versandapotheke und Testsiegerin bei der Stiftung Warentest (10/2007), besucht, dem wird auf der ersten Seite Grippostad, ein häufig kritisch bewertetes und auf jeden Fall beratungsbedürftiges Arzneimittel, angeboten (Stand 17.02.2009). Das Präparat ist zu bestellen, ohne dass auch nur einmal eine Seite zu Risiken des Präparates geöffnet werden muss. Inhaltsstoffe werden ohne Unterscheidung zwischen Arznei- und Hilfsstoff aufgeführt, wer sich über Risiken informieren möchte, muss auf den kleinen Link „Detailinformationen“ klicken. Dort sind die Nebenwirkungen des Beipackzettels aufgelistet, es erfolgt keine Häufigkeitsangabe oder sonst eine Gewichtung. Diese Angaben sind für viele Laien praktisch wertlos. Dafür werden Nahrungsergänzungsmittel als „Unsere Empfehlung zu diesem Produkt“ mit äußerst fragwürdigen Versprechungen wie „sanfte Entgiftung des Körpers“ und „Belebung des Zellstoffwechsels und der Organfunktion“ angepriesen. Die Lieferung ist versandkostenfrei, dafür ist eine telefonische Beratung nur unter einer kostenpflichtigen 01805-Nummer oder über einen zeitlich unbestimmten Rückruf erreichbar. Dass Präsenzapotheken von der Stiftung Warentest häufig kritisch bewertet werden, ist oft berechtigt. Dass dieser Internetauftritt die Note 1,9 erhielt, ist mir unverständlich.

Auch die Effekte auf die Präsenzapotheken selbst und damit mittelfristig auf die Versorgungssicherheit sind Teil der Gesamtbetrachtung.

Bekanntlich leben Apotheken mit einer Mischkalkulation: Der langjährige Hypertoniker mit Dauermedikation ohne weiteren Beratungsbedarf

finanziert den Kopfschmerzkunden, dem nach zeitintensiver Beratung Paracetamol für zwei Euro verkauft wird, ganz zu schweigen von den Kunden, denen man nach bestem Wissen und Gewissen die gerade aktuellen Abnehmpillen ausredet. Eine Aufteilung der Kunden wie in anderen Segmenten (Großmarkt = billig, wenig Beratung versus Fachgeschäft = teuer, viel Beratung) funktioniert im Arzneimittelmarkt nicht. Andere Fachgeschäfte können den Beratungsaufwand direkt auf die Preise umlegen, was bei einer Paracetamol-Packung unmöglich ist. Dazu kommen Rezepturherstellung, Stoffprüfung, Bereitschaftsdienste, Notfalldepot, die ebenso notwendig wie unrentabel sind. Nicht zuletzt spielen Apotheken im Katastrophenfall (siehe Vogelgrippe-Pandemie-Plan) eine wichtige Rolle.

Besonders gravierend ist die Wettbewerbsverzerrung gegenüber ausländischen Versandapotheken. Niederländische Versandapotheken lehnen die Einlösung von BtM-Rezepten ebenso ab wie die Herstellung von Individualrezepturen, während deutsche Apotheken dem Kontrahierungszwang für ärztliche Verordnungen unterliegen sowie strenge Auflagen für Labor und Rezeptur erfüllen müssen, die außerordentlich kostenintensiv sind und deren Einhaltung regelmäßig von unabhängigen Instanzen überprüft wird. Auch dürfen niederländische Apotheken den Patienten Rabatte bei der Zuzahlung und Krankenkassen bei den Preisen rezeptpflichtiger Medikamente einräumen, was deutschen Apotheken durch die Arzneimittelpreisverordnung verboten ist – das ist wohl der Grund, warum viele Krankenkassen von ihnen besonders begeistert sind.

Die wiederholte Aufforderung von Seiten der Politik und der gesetzlichen Krankenkassen, gerade Arzneimittel ohne Beratungsbedarf bei Versandapotheken zu beziehen, während man mit akuten Kopfschmerzen oder dem schnell notwendigen Antibiotikum bzw. der Individualrezeptur weiter in die Vorort-Apotheke gehen könne, trifft

die Apotheken ins Mark und zeugt von der Kurzsichtigkeit der politisch Agierenden.

Ein vierter wesentlicher Aspekt ist das Fehlen relevanter Argumente für den Versandhandel. Aus meiner Sicht sind zwei Aspekte anzuführen:

1. Die Liberalisierung des Marktes, also auch des Arzneimittelmarktes, führe per se zu mehr Innovation, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die aktuelle Finanz- und Wirtschaftskrise hat dieses Dogma auch bei vielen Befürwortern des freien Marktes endlich ins Wanken gebracht. Gerade im Gesundheitssektor muss die Qualität der Versorgung, also die Gesundheit von Patientinnen und Patienten, oberste Priorität haben. Dass der Versandhandel (wie auch andere Liberalisierungsmaßnahmen wie die Abschaffung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes) nicht automatisch zu sinkenden Preisen führt, offenbaren Länder wie die USA und England. Vielmehr zeigte eine Studie des Österreischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG), dass Länder mit deregulierten Arzneimittelmärkten eine höhere Kostensteigerungsrate aufwiesen als Länder mit einem restriktiveren Markt¹⁷. Niedrige Arzneimittelausgaben haben vor allem Länder, in denen der Staat oder andere Organe des öffentlichen Gesundheitswesens direkt in die Preisbildung von Medikamenten (z. B. mittels direkter Verhandlung mit dem Hersteller und effektiver Kosten-Nutzen-Bewertung) und in das Ordnungsverhalten der Ärzte (z. B. mittels einer Positivliste) eingreifen.

Auch die erhofften Einsparungen für die GKV sind ausgeblieben. Auf eine Kleine Anfrage der Linksfraction im Bundestag antwortete diesbezüglich die Bundesregierung am 27.07.2007, also über drei Jahre nach Einführung des Versandhandels: „Angaben dazu liegen dem Bundesministerium für Gesundheit nicht vor“¹⁸.

2. Immobiler PatientInnen und PatientInnen im ländlichen Raum bekämen durch den Versandhandel die Mög-

lichkeit, ihre Arzneimittel zu bestellen, ohne eine Präsenzapotheke aufsuchen zu müssen.

Dieses Argument ist für sich genommen richtig, greift aber zu kurz. Die Versorgung mit Medikamenten im ländlichen Raum ist immer dort bedroht, wo die hausärztliche Versorgung in Gefahr ist. Schon jetzt müssen PatientInnen zum Teil weite Wege auf sich nehmen, um die nächste Apotheke zu erreichen. Zu meiner Apotheke in Ostbrandenburg müssen die PatientInnen zum Teil 20 km fahren. Die Versorgung dieser PatientInnen ist aber durch Rezeptsammelstellen gesichert und erfolgt zeitnah (häufig am Tag der Verordnung) und zuverlässig. Die für diese Patientengruppe wünschenswerte Vereinfachung des Arzneimittelbezugs kollidiert mit der Gefahr, dass durch die Konkurrenz mit dem Versandhandel die Apothekendichte im ländlichen Raum weiter abnimmt. Da sich alle Akteure einig sind, dass der Versandhandel die Präsenzapotheke niemals ersetzen kann, ist diese Entwicklung kritisch zu sehen und überwiegt meines Erachtens die angesprochenen Vorteile deutlich.

Diese vier Punkte – der Handel mit gefälschten, illegalen und gesundheitsgefährdenden Medikamenten, die fehlende persönliche und höherschwellig angebotene Beratung, der unfaire Wettbewerb v. a. mit ausländischen Versendern und fehlende zwingende Gründe für den Versand sowie nicht zuletzt das unvermeidlich fehlende Problembewusstsein des abgebenden Postboten sind für mich die entscheidenden Argumente, den Versandhandel mit Medikamenten und Medizinprodukten prinzipiell abzulehnen.

¹ http://www.ami-nord.de/Zoll_Lida.htm

² http://bka.de/kriminalwissenschaften/veroeff/band/band36/band36_arzneimittelkriminalitaet.pdf

³ <http://www.abda.de/1706.html>

⁴ <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/08/757&format=HTML&aged=0&language=de&guiLanguage=de>

⁵ <http://www.konsumo.de/news/2748-Sichere-Versandapotheke-BVDVA-gepr%C3%BCft-Siegel-irref%C3%BChend>

C3%BCft-Siegel-irref%C3%BChend

⁶ http://www.wettbewerbszentrale.de/de/branchen/gesundheit/aktuelles/_news/?id=831

⁷ www.cialis-onlineshop.de

⁸ www.vfg.ag

⁹ <http://www.dgim.de/pdf/Schweim-F%C3%A4lschungen-08.pdf>

¹⁰ http://www.bfarm.de/cln_030/nn_421158/DE/BfArM/Presse/mitteil2007/pm26-2007.html__nn=true

¹¹ <http://www.evz.de/UNIQU123576063607006/doc939A.html>

¹² http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse_1_0_0a.nsf/agentEmergency!OpenAgent&p=316AAF854FE8AC78C1256AD4002C172D&fsn=fsStartHomeFachinfo&iif=0

¹³ <http://www.dgim.de/pdf/Schweim-F%C3%A4lschungen-08.pdf>

¹⁴ <http://www.pharmazeutischezeitung.de/index.php?id=5953>

¹⁵ <http://www.abda.de/1582.html>

¹⁶ www.sanicare.de

¹⁷ <http://www.pharmazeutischezeitung.de/index.php?id=6013>

¹⁸ http://dokumente.linksfraktion.net/drucksachen/7790022572_1606149.pdf

Der VDPP kritisiert den industriefreundlichen Gesetzesvorschlag zur europäischen Arzneimittelrichtlinie

Die EU-Kommission folgte am 10. Dezember mit dem „Pharmaceutical package“ weitgehend dem Vorschlag von Günter Verheugen, dem für Unternehmens- und Industriepolitik zuständigen EU-Kommissar: Die Pharmaindustrie soll sich künftig via Internet und mit gedrucktem Material zu Gesundheit, Krankheit und rezeptpflichtigen Arzneimitteln direkt an Verbraucherinnen und Verbraucher richten dürfen. Der Industriekommissar öffnet damit die Schleusen für eine Flut zweifelhafter und von kommerziellen Interessen gesteuerter „Informationen“. Im Frühjahr 2008 wurde zu diesem Vorschlag ein öffentliches Anhörungsverfahren durchgeführt, dessen Ergebnis von Kommissar Verheugen praktisch ignoriert wurde. Der überwiegende Teil der Verbrau-

cherverbände und der Verbände der Heilberufler (Ärzte/Apotheker) wandten sich energisch gegen diese Initiative, Kommissar Verheugen berücksichtigte offensichtlich nur die zustimmenden Rückmeldungen aus der Pharmaindustrie und von Seiten der Zeitungsverleger.

Der VDPP lehnt diesen Gesetzesvorschlag rigoros ab. Arzneimittel werden nach einer Nutzen-Risiko-Abschätzung zugelassen. Insbesondere verschreibungspflichtige Arzneimittel haben neben ihrem Nutzen teilweise erhebliche Risiken. Aus diesem Grund ist ihre Verordnung in den EU-Staaten ausschließlich in die ärztliche Verantwortung gegeben worden. Die Ärzte und Ärztinnen sind darüber hinaus zur Aufklärung der Patienten über die

Arzneimitteltherapie verpflichtet. Bei Abgabe der Arzneimittel obliegt dem pharmazeutischen Fachpersonal eine weitere umfassende Informations- und Beratungspflicht gegenüber den Patienten. Außerdem enthalten alle Arzneimittel ausführliche Beipackzettel, deren Inhalt Bestandteil der Zulassung ist. Den Patienten und Verbrauchern steht zum einen der direkte Kontakt mit den Heilberuflern, die mit der individuellen Situation des Patienten vertraut sind, offen. Auf der anderen Seite sind jedem Patienten eine Vielzahl von zuverlässigen, industrieunabhängigen Informationsquellen (wie z. B. Zeitschriften wie „Gute Pillen, schlechte Pillen“¹, Veröffentlichungen der Stiftung Warentest², Pharmakologiebücher³) zugänglich.

Das in Deutschland geltende Heilmittelwerbegesetz wird mit diesem Gesetzesvorschlag untergraben. Wenn die Pharmaindustrie den Patienten direkt „informieren“ darf, so würde in den Darstellungen der Nutzen der Arzneimittel stets höher als das Risiko ausfallen. Dies würde keine objektive Information darstellen, sondern kalkulierte Werbung für eigene Arzneimittel. Zudem kann laut Gesetzesentwurf die vorherige behördliche Kontrolle der „objektiven und zuverlässigen Information“ durch eine Selbstkon-

trolle der Industrie ersetzt werden. Mit Verbraucherschutz hat das nichts mehr zu tun.

Der VDPP fordert daher die Bundesregierung sowie die Abgeordneten im Europäischen Parlament auf: Stimmen Sie gegen diese Gesetzesinitiative!

Für die zukünftige Arbeit der Kommission erwarten wir eine Änderung der Zuständigkeit: Für Arzneimittel sollte in Europa die Generaldirektion Gesundheit zuständig sein und nicht die Wirtschaft.

gez. Dr. Thomas Schulz
VDPP-Vorstand
Hamburg, den 15.12.2008

¹ Gute Pillen – Schlechte Pillen ist ein Gemeinschaftsprojekt von: DER ARZNEIMITTELBRIEF, arznei-telegramm, Pharma-Brief und Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)

² test SPEZIAL Arzneimittel vom 19. Mai 2007, Handbuch Selbstmedikation vom 04. Oktober 2006, Handbuch Medikamente, 7. Auflage, vom 20. März 2008

³ z. B. Aktories, Förstermann, Hofmann und Starke: Allgemeine und spezielle Pharmakologie, Urban & Fischer, 2005

Arzneimittelpolitik auf den Punkt

Fragen zur Bundestagswahl

Wie vor jeder Bundestagswahl erreicht den politisch Interessierten eine Flut von hehren Zielen und Gemeinplätzen. Um dem Fachpublikum und sich selbst eine Übersicht über die Standpunkte der einzelnen Parteien zu ermöglichen, hat der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) jeder der im Bundestag vertretenen Fraktionen Fragen zu zentralen Themen in der Apotheken- und Arzneimittelpolitik gestellt. So kann sich jede Leserin und jeder Leser ein eigenes Bild machen, die politischen Ansichten direkt miteinander vergleichen und auch überprüfen, inwieweit heutige politische Forderungen mit der tatsächlichen politischen Arbeit in der Vergangenheit übereinstimmen.

VDPP: In Deutschland wurde eine Vielzahl von Regelungsmechanismen zur Dämpfung der Arzneimittelausgaben der GKV eingeführt (Rabattverträge, Festbeträge, Importregelung, von der Erstattung ausgeschlossene Arzneimittel und Erkrankungen, Autidem-Regelung u. a.).

Wie bewerten Sie diese Regelungen hinsichtlich ihrer Effektivität und ihrer Auswirkungen auf die Compliance der PatientInnen? Welche anderen/weiteren Regelungen können Sie sich in Zukunft vorstellen bzw. welche

sind aus Ihrer Sicht überflüssig? Wie stehen Sie insbesondere zur Einführung einer Positivliste?

CDU: Unverzichtbare Anforderungen an die Arzneimittelversorgung sind für uns unabhängige Information, Beratung und Betreuung, Sicherheit und Verfügbarkeit sowie Innovation, Vielfalt und Wirtschaftlichkeit.

Wir werden Auswüchse im Versandhandel eindämmen, den gesetzlichen Rahmen für Rabattverträge im Interesse der Wettbewerbs- und Verbraucherfreundlichkeit überarbeiten und die Vielzahl der zum Teil gegensätzlichen Instrumentarien zur Preisfindung und -festsetzung auf ihre Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit hin überprüfen. Die Union hat in der Vergangenheit die ideologischen Ausreißer, wie zum Beispiel die Zulassung von Apothekenketten und die Positivliste, erfolgreich verhindern können. Dadurch wurde erst wieder eine verlässliche Grundlage und Perspektive für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen geschaffen. Wir lehnen die Einführung einer Positivliste auch weiterhin ab.

SPD: Die aufgeführten Regelungen stellen in ihrer Gesamtheit ein sehr flexibel handhabbares und politisch

zielgerichtet nachjustierbares Instrumentarium zur Dämpfung der Arzneimittelausgaben dar. Insofern besteht kein Grund, einzelne Bausteine aus diesem Instrumentarium herauszulösen. Eine Positivliste dagegen ist hinsichtlich ihrer kostendämpfenden Wirkung und der Flexibilität der Anwendung diesem breit angelegten Instrumentarium unterlegen. Vor allem die Rabattverträge sowie die Regelung zur Verordnung preisgünstigerer, wirkungsgleicher Präparate wirken preisregulierend. Die Krankenkassen haben zudem gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt bekommen, Rabattverträge künftig auch für patentgeschützte Arzneimittel auszuhandeln, so dass auch in diesem Bereich ein zusätzliches preisregulierendes Element existiert. Durch die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln wurde ein weiteres wirkungsvolles Instrument zur Umsetzung einer kosteneffizienten Arzneimittelversorgung geschaffen, dessen Wirkungen ebenfalls denen einer Positivliste entsprechen. Nicht zuletzt wirken die eingeführten Festbetragsregelungen insgesamt preisregulierend.

FDP: Der deutsche Arzneimittelmarkt ist hochgradig überreguliert. Es gibt eine Vielzahl von Regelun-

gen, die zum Teil ineinander greifen oder sich überschneiden: Arzneimittelrichtlinien, gesetzlich ausgeschlossene Arzneimittel, Festbeträge für Arzneimittel, Nutzenbewertung und Kosten/Nutzenbewertung von Arzneimitteln, Arzneimittelvereinbarung und Arzneimittelrichtgrößen, Aut-Idem-Regelung, Importförderung, Preisvergleichsliste, gesetzliche Zwangsrabatte, Rabattvereinbarungen, Sonderregelungen im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung, besondere Zuzahlungsregelungen, Bonus-Malus-Regelungen.

Für Arzneimittel, die nicht in eine Festbetragsgruppe einbezogen werden können, gibt es einen durch den GKV-Spitzenverband festgesetzten Höchstbetrag. Arzneimittel, deren Preis 30 Prozent unter Festbetrag liegt, können von der Zuzahlung freigestellt werden. Arzneimittel, die besonders teuer oder risikobehaftet sind, dürfen nur in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie verordnet werden.

Die Regelungen sind von niemanden zu durchblicken. Zudem wirken die Instrumente zum Teil gegenläufig. Dieses Dickicht muss nach der Wahl durchforstet werden. Man muss sich entscheiden, ob man auf regulatorische Eingriffe oder wie die FDP auf mehr Markt setzen will.

Die FDP ist gegen Listenmedizin jeglicher Art. Sie gefährdet einen wichtigen Grundsatz des deutschen Gesundheitssystems: die Therapiefreiheit. Darüber hinaus macht eine bundesweit einheitliche über alle Kassenarten hinweg formulierte Positivliste im heutigen System keinen Sinn. Die Rabattverträge führen zu einer Vielzahl unterschiedlicher Preise, die zwischen den einzelnen Krankenkassen variieren. Auch bei den Befürwortern einer Positivliste, dürfte sich diese damit mittlerweile überlebt haben.

Linke: Rabattverträge, Festbeträge oder Re-Importe sind brauchbare Instrumente zur Kostendämpfung. Allerdings sehe ich mit Sorge, dass es für Patienten immer schwieriger

wird, „sein“ Medikament noch zu erkennen. Häufiger Wechsel des Präparats bei gleichem Wirkstoff birgt die Gefahr der falschen Medikamenteneinnahme. Hier sollten Regelungen getroffen werden, dass wirkstoffgleiche Präparate sich in Form und Aussehen gleichen.

Die beste Lösung wäre die offizielle Bekanntgabe einer Liste der verschreibungsfähigen Medikamente, einer Positivliste. Damit würden Festbeträge oder Rabattverträge überflüssig werden. Nur als wirksam erwiesene Medikamente könnten dort gelistet werden. Neue Präparate würden erst dann gelistet, wenn eine entsprechende Kosten-Nutzen-Analyse vorgenommen worden wäre. So könnten Scheininnovationen endlich vom Markt.

Wir plädieren nachdrücklich dafür, endlich die Positivliste für Arzneimittel einzuführen. Auf der Positivliste würden alle Arzneimittel, die die gesetzlichen Krankenkassen zahlen, mit Festpreisen verzeichnet. Preissteigerungen erzielen die Pharmaunternehmen vor allem mit Scheininnovationen. Sie verändern oft nur die Darreichungsform - und den Preis. Es gibt keinen vernünftigen Grund, dieser Preistreiberei auch noch zu folgen. Die Gewinninteressen der Pharmaindustrie sind für die Regierungsparteien aber offensichtlich nicht antastbar. Für uns Linke aber sehr wohl.

Grüne: Auf eine Steuerung der Arzneimittelausgaben wird keine Bundesregierung verzichten können. Doch durch immer neue Steuerungsinstrumente ist der Arzneimittelbereich für verordnende Ärzte, Patienten und Industrie undurchschaubar geworden. Das kann sich letztendlich auch negativ auf die Compliance der PatientInnen auswirken. Wir wollen uns deshalb auf wenige wirksame Instrumente beschränken. Dabei stehen für uns die Rabattverträge und die Kosten-Nutzen-Bewertung im Vordergrund.

Eine Positivliste für verschreibungsfähige Arzneimittel halten wir für sinnvoll. Scheininnovationen, die

keinen Zusatznutzen gegenüber den bereits vorhandenen Arzneimitteln haben, sollten nicht von den Krankenkassen erstattet werden. PatientInnen und behandelnde ÄrztInnen sollten mit Hilfe einer Positivliste der erstattungsfähigen Arzneimittel den Überblick über die Medikamente haben können, die ihre therapeutische Qualität bewiesen haben und von den Krankenkassen auch bezahlt werden.

VDPP: Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat der inhabergeführten Apotheke eine weniger gewinnorientierte und ethischere Arzneimittelversorgung zugesprochen als etwa Apotheken im Besitz von Kapitalgesellschaften und belässt die Entscheidung, Fremd- und Mehrbesitz zuzulassen, in der Verantwortung der Nationalstaaten.

Wie bewerten Sie dieses Urteil? Welche Organisationsform werden Sie in Zukunft unterstützen?

CDU: Die Luxemburger Richter haben in ihrem Urteil deutlich gemacht, dass die Mitgliedstaaten – in Anbetracht der Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung – verlangen können, dass Arzneimittel von Apothekern vertrieben werden, die über tatsächliche berufliche Unabhängigkeit verfügen. Dabei steht es im Wertungsspielraum des nationalen Gesetzgebers zu beurteilen, ob der Betrieb einer Apotheke durch einen Nichtapotheker im Gegensatz zum Betrieb durch einen Apotheker diese Unabhängigkeit gefährdet.

In Deutschland wollen wir den bewährten und erfolgreichen Weg mit der unabhängigen, inhabergeführten Apotheke im Interesse der Arzneimittelsicherheit und -verfügbarkeit weitergehen. Andere Wege können nur beschritten werden, wenn sie sicherer und besser sind. Die Diskussion um neue Vertriebswege zeigt aber auch, dass sich das bestehende System mit Blick auf Kundenorientierung und Konkurrenzfähigkeit in Zukunft bewähren muss.

Zum Erfolg des deutschen Gesundheitswesens haben entscheidend die Freien Berufe beigetragen. Sie gewährleisten eine patientennahe, humane und fachlich hochwertige medizinische Versorgung nicht nur in Ballungszentren, sondern auch in ländlichen Regionen und gewährleisten so Versorgungssicherheit. Die Freien Berufe müssen deshalb auch weiterhin eine der tragenden Säulen erstklassiger Patientenversorgung sein.

Freie Gesundheitsberufe gehören für uns zum Kern eines freiheitlichen Gesundheitswesens. Apotheker sind für uns auch in Zukunft Garanten für eine qualitativ hochwertige, patientennahe Versorgung. Diese Strukturen gilt es zu bewahren und geänderten gesellschaftlichen Verhältnissen anzupassen. Der Sicherung einer wohnortnahen Versorgung vor allem in ländlichen Regionen werden wir besondere Aufmerksamkeit widmen. Eigentümer geführte Apotheken und strikte Grenzen für den Arzneimittelversandhandel sind unverzichtbare Stützen für die Arzneimittelsicherheit.

SPD: Nach Auffassung der SPD hat das EuGH-Urteil zum Fremd- und Mehrbesitzverbot die Stellung der inhabergeführten Apotheke noch einmal ausdrücklich gestärkt. Der Apotheker vor Ort ist auch aus Sicht der SPD im sensiblen und beratungsintensiven Bereich der Arzneimittelversorgung unverzichtbar. Persönliche Beratung, Präsenz in der Fläche und die schnelle Verfügbarkeit der Medikamente sind Alleinstellungsmerkmale der Präsenzapotheke, die es zu stärken gilt – auch gegen die Auswüchse des Versandhandels, wie zum Beispiel die Rezeptsammlung an Tankstellen und anderen dazu nicht geeigneten Orten. Hier sind gesetzliche Beschränkungen notwendig.

FDP: Die FDP begrüßt das Urteil des EuGH für ein Fremd- und Mehrbesitzverbot in Deutschland. Das trägt der Tatsache Rechnung, dass der Apothekerberuf nicht nur ein kaufmännischer, sondern auch ein Heilberuf ist. Es geht darum, eine

flächendeckende, möglichst gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen. Hierfür ist die inhabergeführte Apotheke gut geeignet. Apothekenketten in anderen Ländern haben teilweise dazu geführt, dass die Versorgung in der Fläche ausgedünnt worden ist, weil nur noch dort Filialen errichtet werden, wo sich das für den Gesamtkonzern rechnet.

Linke: Das EuGH-Urteil zu Apotheken ist eine gute Entscheidung für die inhabergeführte Apotheke. Es sichert unabhängige Beratung, da Apotheken nicht zum Spielball von profitorientierten Kapitalgesellschaften werden. Nur entsprechend qualifizierte Apothekerinnen und Apotheker gewährleisten eine umfassende und unabhängige Beratung. Doch als Angestellte von Kapitalgesellschaften könnten sie sich kaum den Profitinteressen der Kapitaleigentümerinnen und Kapitaleigentümer widersetzen. An eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung wäre dann nicht mehr zu denken. Die inhabergeführte Apotheke gewährleistet derzeit eine patientennahe, sichere und rasche Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten. Der EuGH hat mit seinem Urteil Raum geschaffen, gesetzgeberisch die qualifizierte und hochwertige Arbeit in der Apotheke zu stärken und weiterhin sicherzustellen.

Grüne: Der Wandel auf dem Apothekenmarkt ist in vollem Gange. Franchise-Systeme, Versandapotheken und die Beteiligung von Drogerie-Discountern am Arzneimittelhandel sind längst Teil der Versorgungsrealität. Mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes wird die Entwicklung hin zu mehr Wettbewerb nicht aufgehalten. Die BefürworterInnen von mehr Wettbewerb im Arzneimittelhandel werden sich jetzt zu Wort melden müssen. Weitere Tatenlosigkeit ist keine Alternativen. Wir werden uns in der kommenden Legislaturperiode der Aufgabe stellen müssen, das Apothekenrecht so weiterzuentwickeln, dass die Versorgungssicherheit und der Patientenschutz auch unter veränderten Rahmenbedingungen ge-

währleistet werden können. Dabei werden auch Alternative zum Fremdbesitzverbot auf die Tagesordnung gehören.

VDPP: Wie sollte Ihrer Meinung nach die Preisgestaltung von Arzneimitteln in Zukunft aussehen? Bitte nehmen Sie hier zum Preisdiktat der Hersteller und zu einer möglichen Kosten-Nutzen-Bewertung als „Vierte Zulassungshürde“ Stellung.

CDU: Wir halten das System der Festbeträge und der Kosten-Nutzen-Bewertung grundsätzlich für ein geeignetes Instrument, um dem Zielkonflikt „Wirtschaftlichkeit versus allgemeiner Zugang zu qualitativ hochwertiger Arzneimittelversorgung“, gerecht zu werden. Bei der Kosten-Nutzen-Bewertung ist es uns besonders wichtig, dass Bewertungen und der Bezug auf Studien transparent und fachlich ausgewogen getroffen werden. Hier gilt es, Verfahren so zu gestalten, dass eine klare Trennung von medizinischen Bewertungen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten gewährleistet ist.

SPD: Grundsätzlich müssen sich Arzneimittel an ihrem Nutzen und an ihren Kosten messen lassen. Bereits mit der Gesundheitsreform 2004 wurden daher Strukturen für eine stärkere Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln geschaffen. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz kamen 2007 Möglichkeiten für die Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation hinzu. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kann seitdem das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer solchen Bewertung beauftragen. Die SPD begrüßt, dass Fragen des therapeutischen Zusatznutzens sowie Fragen nach den damit verbundenen Zusatzkosten bei der Entscheidung der Selbstverwaltung über die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine zunehmende Rolle spielen. Die Kosten-Nutzen-Analyse ergänzt sinnvoll das unter Frage 1 bereits beschriebene Instrumentarium zur Durchsetzung von Kosteneffizienz im Arzneimittelbereich. Eine unmittelbare Einfluss-

nahme auf die Preisgestaltung der Hersteller ist in Deutschland nicht gegeben.

FDP: Viele Menschen warten dringend auf die Entwicklung neuer Arzneimittel. Es müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass möglichst viele dieser Medikamente in Deutschland entwickelt werden. Um den Pharmastandort Deutschland zu erhalten und zu stärken, ist neben der Verlässlichkeit der politischen Rahmenbedingungen eine Verbesserung des Forschungsklimas sowie der Abbau unnötiger bürokratischer Vorschriften und zu langer Genehmigungsverfahren notwendig. Darüber hinaus brauchen wir kein zweites Zulassungsverfahren, sondern eine praktikable Nutzenbewertung, die die Qualität der auf dem Markt befindlichen Arzneimittel belegt und den Behandlern und ihren Patienten eine gute Grundlage für ihre Therapieentscheidungen bietet. Eine vierte Hürde lehnt die FDP ab.

Linke: Wir brauchen dringend die Kosten-Nutzen-Analyse, um Scheininnovationen und Phantasiesteuern die Stirn zu bieten. Im Rahmen der Zulassung müssen Obergrenzen für innovative Medikamente gefunden werden, da ansonsten die Kosten für Arzneimittel irgendwann nicht mehr zu bezahlen sind.

Grüne: Es gibt eine Vielzahl von Instrumenten zur Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt. So halten wir Grünen Rabattverträge für ein sinnvolles Instrument des Vertragswettbewerbes zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen. Wettbewerb braucht jedoch faire kartell- und wettbewerbsrechtliche Bedingungen, unter denen er stattfindet. Eine Nutzenbewertung als vierte Hürde halten wir für richtig, auf dieser Basis können Preise verhandelt werden zwischen Pharmaindustrie und Krankenkassen.

VDPP: Der Versandhandel mit Arzneimitteln ist in Deutschland seit 2004 legal.

Wie bewerten Sie heute diesen Distributionsweg? Was halten Sie vom Vertrieb über Pick-Up-Stellen in Drogerien oder Tankstellen?

CDU: Der Versandhandel mit Arzneimitteln wurde 2004 im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes in Deutschland eingeführt. Selbst einige Jahre später liegen die Marktanteile für den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Medikamenten bei ca. zwei Prozent. Im Bereich nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel liegt der Marktanteil zwischen sechs bis sieben Prozent. Dabei ist die Zahl der Apotheken in den letzten Jahren trotz Zulassung des Versandhandels weiter gestiegen. Der Versandhandel mit Arzneimitteln kommt bestimmten Gruppen – zum Beispiel chronisch Kranken – spürbar zugute. Gefahren für die Arzneimittelsicherheit treten nicht beim Bezug über zugelassene deutsche Versandapotheken auf, sondern beim Bezug über Drittländer, insbesondere über das Internet. Eine Abschaffung des Versandhandels hätte keine Auswirkungen auf diese Gefahren. Wo wir aber dringenden Handlungsbedarf sehen, ist bei der Problematik der Pick-up-Stellen.

Die Union unterstützt nachdrücklich ein Verbot von Pick-up-Stellen. Dies haben wir auch in den Verhandlungen zur 15. AMG-Novelle gegenüber unserem Koalitionspartner deutlich gemacht. Leider hat die SPD unsere Forderungen bis zuletzt abgelehnt. Unter Berufung auf verfassungsrechtliche Bedenken gegen ein Verbot drangen SPD und Bundesgesundheitsministerium auf die Festschreibung von „Qualitätskriterien“ für Pick-up-Stellen. Diese sollten zum Beispiel Regelungen zu Beratung, Verpackung, getrennten Räumlichkeiten zur Lagerung der Arzneimittel, etc. enthalten. Der SPD-Vorschlag hätte allerdings zur Konsequenz gehabt, dass es Gewerbebetrieben auch weiterhin – sofern bei ihnen freiverkäufliche Arzneimittel verkauft werden dürfen – möglich gewesen wäre, Rezepte zu sammeln und verschreibungspflichtige Arzneimittel auszuliefern. Dies hätte in der Folge die Etablierung einer „

Apotheke light“ in Gewerbebetrieben und den Aufbau einer Parallelstruktur bei der Distribution von Arzneimitteln zur Folge gehabt. Dem wollte die Union nicht zustimmen. Wir hoffen daher, unsere Vorstellungen in der kommenden Wahlperiode mit anderen politischen Konstellationen umsetzen zu können.

SPD: Der Versandhandel hat sich als Distributionsweg grundsätzlich bewährt. Allerdings hat sich gezeigt, dass durch Auswüchse dieses Vertriebsweges – insbesondere im Bereich der Rezeptsammelstellen – Probleme entstanden sind, denen durch geeignete gesetzliche Regelungen begegnet werden muss. Aufgrund verfassungsrechtlicher Hürden und bereits ergangenen höchstrichterlichen Entscheidungen ist ein Verbot von Rezeptsammelstellen nicht möglich. Die SPD setzt sich daher dafür ein, über Änderungen im Apothekengesetz die Rezeptsammlung und Arzneimittelabgabe an dazu ungeeigneten Orten wirksam zu unterbinden. Diese im Sinne des Patientenschutzes unerwünschte Ausweitung der Pick-up-Stellen auf Gewerbebetriebe wie Tankstellen, Blumenläden oder Textilreinigungen kann durch schärfer gefasste Auflagen und zusätzliche Qualitätskriterien für den Betrieb der Rezeptsammelstellen wirksam eingeschränkt werden, ohne den Versandhandel generell zu verbieten. Leider konnten die dazu von der SPD vorgelegten Maßnahmen in dieser Wahlperiode nicht umgesetzt werden. Das Thema werden wir in der nächsten Wahlperiode wieder aufgreifen.

FDP: Für die FDP sind die wohnortnahen, inhabergeführten Apotheken ein unverzichtbarer Baustein, um eine gute, flächendeckende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. In der Arzneimitteltherapie kommt es mehr noch als in anderen Bereichen darauf an, dass sich die Patienten auf die Qualität der Produkte verlassen können, dass sie jederzeit Zugang zu den benötigten Arzneimitteln haben und dass sie qualifiziert beraten und betreut werden. Die FDP

hat damals der Einführung des Versandhandels für verschreibungspflichtige Arzneimittel widersprochen. Hintergrund war die Befürchtung, dass es in diesem Zusammenhang Schwierigkeiten mit der Arzneimittelsicherheit geben könnte. Insbesondere Versandapotheken im Ausland sind kaum daraufhin kontrollierbar, ob sie die im Gesetz fixierten Bedingungen tatsächlich alle erfüllen. Die Rund-um-die-Uhr-Versorgung im Notfall muss zudem durch die niedergelassenen Apotheken in der Region sichergestellt werden. Das ist mit zusätzlichen Kosten verbunden, die solche Versandapotheken nicht haben. Nachdem jedoch das Versandhandelsverbot durch CDU/CSU, SPD und Grüne aufgehoben worden ist und sich seither entsprechende Versandhandelsstrukturen ausgebildet haben, kann man nicht ohne Weiteres den Versandhandel wieder verbieten. Dies ist übrigens auch nur für den Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel möglich, nicht jedoch für den der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel. Arzneimittelfälschungen nehmen zwar zu, aber hauptsächlich bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, sog. Life-Style-Arzneimitteln und Arzneimitteln für Entwicklungsländer. Die Hauptvertriebswege sind nach Aussage des Bundeskriminalamtes Fitness-Studios und illegale Internetseiten.

Im Zusammenhang mit dem Versandhandel hat sich jedoch mittlerweile ein gravierendes Problem ergeben, das dringend gelöst werden muss, die sog. Pick-up-Stellen. Die FDP spricht sich dafür aus, diesen Auswuchs zu unterbinden. Ein Bezug über sie lässt das Bewusstsein dafür schwinden, dass es sich bei Arzneimitteln um ein ganz spezielles Gut handelt, das mit Nebenwirkungen verbunden ist und bei dem eine sorglose Ausweitung des Konsums auf jeden Fall verhindert werden muss. Eine solche Entwicklung kann weder unter Sicherheitsaspekten noch im Hinblick auf gleiche Wettbewerbsbedingungen gewollt sein.

Die Pick-up-Stellen müssen unterbunden werden. Die FDP hat deshalb einen Antrag im Deutschen Bundestag vorgelegt, der Pick-up-Stellen untersagt. Die FDP rät davon ab, Vorgaben für Pick-up-Stellen zu formulieren. Wer Standards für Abholstellen hochsetzen will, der schafft ein mittelfristig viel größeres Problem, der schafft eine „Apotheke light“. Wir brauchen aber fachkundiges Personal und die Apotheke.

Linke: Vom Versandhandel mit Arzneimitteln geht ein großes Gefährdungspotenzial aus. Dieser sollte daher auf nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel begrenzt werden. Auch Pick-up-Stellen lehnen wir ab. Medikamente sind besondere Waren. Sie gehören nicht in den Supermarkt, die Tankstelle oder in die Drogerie.

Grüne: Der Versandhandel erleichtert den Zugang zu Arzneimitteln für mobilitätsbehinderte Personen. Das spiegelt sich auch im Kundenspektrum der Versandapotheken wieder, das mehrheitlich aus älteren Personen besteht, die an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden. Die Anforderungen an die Transportsicherheit der bestellten Arzneimittel sind hoch. Sicherheitsprobleme sind seit der Zulassung des Versandhandels im Jahr 2004 keine bekannt geworden. Zu einer Verdrängung von wohnortnahen Apotheken ist es nicht gekommen. Untersuchungen der Stiftung Warentest haben gezeigt, dass Unterschiede in der Beratungsqualität nicht auf

Versandapotheken beschränkt sind. Verschiedentlich wird der Versandhandel als Einfallstor für Arzneimittelfälschungen bezeichnet. Allerdings sind diese vornehmlich ein Problem des unkontrollierten und illegalen Internethandels und nicht des Vertriebs über zugelassene Versandapotheken. Das Problem der Arzneimittelfälschungen würde durch ein Verbot des Versandhandels nicht gelöst, da sich illegale Anbieter nicht verbieten lassen.

Wir wollen die „Pick-up-Stellen“ Qualitätsanforderungen unterwerfen. So könnte ihre Einrichtung auf Drogeriemärkte beschränkt werden. Drogerien unterliegen der amtlichen Arzneimittelüberwachung.

VDPP: Es existieren inzwischen diverse Untersuchungen zur Wirkung von Zuzahlungen auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Wie stehen Sie zu diesem Instrument?

CDU: Ein stabiles finanzielles Fundament, wie es CDU und CSU mit der Gesundheitsreform 2007 geschaffen haben, versetzt die Krankenversicherung in die Lage, die notwendige medizinische Versorgung für kranke Menschen, vor allem chronisch Kranke sicherzustellen. Aber klar ist auch, dass wir auch in Zukunft nicht auf eine sozialverträgliche und damit begrenzte Selbstbeteiligung verzichten können.

SPD: Die SPD beabsichtigt nicht, das Instrument der Zuzahlungen abzuschaffen, auch wenn immer wieder Kritik an der Steuerungswirkung geäußert wird. Bestehende Zuzahlungsbefreiungsgrenzen sowie die gesetzlichen Belastungsobergrenzen von 2 Prozent des Bruttoeinkommens, bzw. 1 Prozent bei chronisch Kranken, vermeiden eine übermäßige Belastung und Benachteiligung von Chronikern und sozial schwachen Versicherten.

Im Bereich der Arzneimittel ermöglichen zudem die Regelungen für Festbeträge und Rabattverträge Optionen für eine zuzahlungsfreie Arzneimittelversorgung.

FDP: Zuzahlungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind vom Grundsatz her sinnvoll, um ein Bewusstsein dafür zu schaffen, wie teuer Gesundheitsleistungen sind und Anreize zu setzen, sich möglichst wirtschaftlich und sparsam zu verhalten. Die Praxisgebühren z. B. sind jedoch mit einem viel zu hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Und die Regelung ist kompliziert. Für Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt wird keine Praxisgebühr fällig. Ist

allerdings im Anschluss daran eine Behandlung notwendig, fällt die Praxisgebühr an. Bei Arzneimitteln ist für den Einzelnen kaum noch nachvollziehbar, warum er bei dem einen Medikament zuzahlen muss, bei anderen jedoch nicht. Um Akzeptanz in der Bevölkerung für die notwendige Eigenbeteiligung zu schaffen, muss deshalb insgesamt eine sozial ausgewogene transparente, einfache und unbürokratische Lösung gefunden werden, die gleichzeitig dafür sorgt,

dass niemand vom Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen ausgeschlossen wird.

Linke: Zuzahlungen sind ein Instrument, um Patienten für ihre Erkrankung zu bestrafen. Sie sind sozial ausgrenzend, weil insbesondere Menschen mit geringem Einkommen sich oft nicht in der Lage sehen, die verordneten Arzneimittel zu bezahlen. Deshalb will DIE LINKE alle Zuzahlungen abschaffen.

Grüne: Leistungseinschränkungen oder die Ausgliederung ganzer Leistungsbereiche aus der GKV lehnen wir ab, ebenso wie die von der großen Koalition vorgesehenen Zusatzbeiträge. Außerdem wollen wir die Praxisgebühr und die Arzneimittelzuzahlungen abschaffen. Die Erweiterung der Solidarität durch die Bürgerversicherung macht Schluss mit der 2-Klassen-Medizin.

Gesundheit fördern – Netzwerke aufbauen

Was können Apotheken leisten?

Eine öffentliche Veranstaltung für alle Interessierten

mit:

Dr. Udo Puteanus

Apotheker, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, zuständig für Arzneimittelsicherheit und Sozialpharmazie

Dr. Helmut Schlager

Apotheker und Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts für Prävention im Gesundheitswesen (WIPIG) bei der Bayerischen Landesapothekerkammer

Prof. Gerd Glaeske

Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Manfred Krüger

Apotheker, Inhaber der Linner-Apotheke, Krefeld.

Die Veranstaltung findet statt im Rahmen des diesjährigen Herbstseminars des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

am Sonnabend, dem **7. November 2009**, von 11 bis 16 Uhr,

in Berlin, in der Nachbarschafts- und Begegnungsstätte „Club Spittelkolonnaden“, Leipziger Str. 47, 10177 Berlin.

Anmeldung – bitte möglichst bis 25.10.09 – unter: VDPP e.V., Neptun-Apotheke, Bramfelder Chaussee 291, 22177 Hamburg, Fax: 040 / 6391 7724, E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de

Die Teilnahmegebühr von 25 € (ermäßigt 15 €) überweisen Sie bitte auf folgendes Konto: VDPP, Postbank Berlin, Konto-Nr. 200 47 105, BLZ 100 100 10, Verwendungszweck: Herbstseminar 2009, oder Sie bezahlen am Veranstaltungstag in bar.

Weitere Informationen unter: www.vdpp.de

Was denn nun noch: Rahmenverträge, Anträge für Hilfsmittel, QMS, Kontrolle der Ausgangsstoffe, Notdienste usw. lassen doch schon keine Luft mehr für die Beratung, oder? Jetzt also noch „netzwerken“?

Apotheken sind Teil des solidarisch finanzierten öffentlichen Gesundheitswesens

Wir ApothekerInnen als Angehörige eines Heilberufs müssen immer wieder nachweisen, dass wir unserem

gesetzlichen Versorgungsauftrag nachkommen. Möglicherweise werden sich die Rahmenbedingungen weiter verschlechtern. Trotzdem muss für PatientInnen, Meinungsbildner und GesundheitspolitikerInnen erlebbar sein, dass Apotheken

in der heutigen Form die Bevölkerung im Interesse der Gesundheit des Einzelnen und der Gesamtheit ordnungsgemäß mit Arzneimitteln versorgen. Beratungs- und Informationsverpflichtungen rund um das Arzneimittel stehen dabei im Vordergrund. Wer welche Arzneimittel braucht und wer wie erfolgreich Arzneimittel anwendet kann nicht nur naturwissenschaftlich-medizinisch beantwortet werden. Soziale und kulturelle Rahmenbedingungen sowie psychologische Faktoren müssen ebenso einbezogen werden.

Herausforderungen durch die Ottawa-Charta der WHO

Die WHO entwickelte 1986 mit der Ottawa-Charta ein Konzept zur Stärkung der Gesundheitsres-

ourcen des Einzelnen und der Bevölkerung insgesamt und formulierte hier auch Anforderungen an alle Angehörigen des Gesundheits- und Sozialwesens. Wir müssen also auch unter Beweis stellen, wie wir diese Zielvorgaben umsetzen und uns dabei in Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung integrieren.

Was leistet die Apothekerschaft?

Bisher sind diese Herausforderungen und Chancen nur vereinzelt von uns ApothekerInnen und unserer Standesvertretung erkannt und wahrgenommen worden. Folglich treten ApothekerInnen bei Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung, wo es um Strategien und deren Umsetzung, um

Bündnispartner und die Bildung von Gesundheitsnetzen geht, als Akteure offiziell nicht auf oder leisten nur marginale Beiträge. Unsere Fähigkeiten und Leistungen auf diesem Gebiet werden jedoch zukünftig mit darüber entscheiden, ob die öffentliche Apotheke in unserem Gesundheitswesen weiter eine Daseinsberechtigung haben wird.

Wie können sich Apotheken besser in Public Health-Strukturen einbringen?

Welche Chancen für die öffentliche Apotheke und auch die Attraktivität unseres Berufes ergeben sich daraus?

Was erwarten wir von unseren Standesvertretungen?



Damit es nicht überall so aussieht:

Kontakt zum VDPP

Vorstand:

Jana Böhme,
rix47@gmx.de

Bernd Rehberg,
bernd@bernd-rehberg.de

Dr. Thomas Schulz,
TGSchulz@web.de

Florian Schulze,
Florian.schulze@web.de

Geschäftsstelle:

Verein Demokratischer
Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V.,
Neptun-Apotheke,
Bramfelder Chaussee 291,
22177 Hamburg,

Tel.: 040 63917720
Fax: 040 63917724

geschaefsstelle@vdpp.de
www.vdpp.de