Jörg Schaaber

Nehm ich's oder nehm ich's nicht?

Rationaler Arzneimittelgebrauch zwischen Utopie und Praxis

Es gibt wohl kaum eine andere Ware in unserer »modernen« Gesellschaft, die mit soviel mythischen Erwartungen befrachtet ist wie Arzneimittel. Das ist einerseits verständlich – Heilung hat auch mit Psyche zu tun –, andererseits bedeutet das einen großen Freiraum für kaum begründbare Therapieentscheidungen. Im folgenden möchte ich mich mit einigen wichtigen Hindernissen für eine rationale Arzneimitteltherapie auseinandersetzen. Dabei wird es sowohl um wirtschaftliche und administrative Interessen als auch um soziologisch begründbare Hindernisse gehen. Diese vielleicht nicht immer erfreulichen Betrachtungen sind eine wichtige Grundlage, mögliche Perspektiven für einen vernünftigeren Einsatz von Arzneimitteln erarbeiten zu können, um die es im zweiten Teil des Beitrags gehen wird.

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, sich mit der Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtung eines Therapieprozesses auseinander zu setzen. Medikamente stellen ja (was nicht selten in Vergessenheit zu geraten droht) nur eine von vielen Behandlungsmöglichkeiten oder -schritten dar. Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, daß hier ein bedeutendes Forschungsdefizit besteht.[1] Aber auch ohne eine solch umfassendere Betrachtungsweise lassen sich zahlreiche Systemmängel im Umgang mit Arzneimitteln konstatieren, die einen rationalen Gebrauch von Medikamenten[2] oft verhindern. Ebenso lassen sich sinnvolle Entwicklungen aufzeigen.

1. Wozu brauchen wir überhaupt Arzneimittel?

Das ist nur scheinbar eine banale Frage. Dem »Gut« Arzneimittel werden so viele (oft mythische) Bedeutungen zugeschrieben, daß eine nüchterne Betrachtung seines Werts nicht schaden kann.

Arzneimittel sind keine gewöhnlichen Konsumgüter und müssen deshalb mit anderen Maßstäben gemessen werden. Sie sollen in erster Linie zur Verbesserung der Gesundheit des Einzelnen und der gesamten Bevölkerung beitragen. Das bedeutet, daß es für neue Arzneimittel einen

medizinischen Bedarf geben muß und daß ihr Einsatz meßbar bessere Ergebnisse für die Gesundheit erbringen muß als andere Therapien.

2. *Wo stehen wir heute?*

Keiner kann behaupten, daß sich im Arzneimittelbereich in den letzten 25 Jahren nichts verbessert hätte. Man denke nur zurück an das Nichtvorhandensein von unabhängigen Arzneimittelratgebern für PatientInnen. Oder an Geschichten, wie die des Herrn Dr. K., der einen Patienten wegen eines Peitschenschlagsyndroms nach einem Autounfall über anderthalb Jahre im Schnitt mit täglich sieben Injektionen und neun Tabletten, insgesamt mit nicht weniger als 74 verschiedenen Medikamenten malträtierte (Blüchel 1978: S. 7ff.). Ganz so schlimm ist es heute nicht mehr, eine ganze Reihe von Produkten könnte Herr Dr. K. nicht mehr verschreiben, weil es sie nicht mehr gibt. Die Zahl der zugelassenen Arzneimittel in Deutschland hat sich seither von 145 000 auf 40 000 verringert.

Medikamentenratgeber für Laien gibt es heutzutage mehrere (wenngleich von unterschiedlicher Qualität). Die Information für ÄrztInnen ist ebenfalls besser geworden, man denke nur an das Arzneimittelkursbuch (ATI-Verlag 1997), das ziemlich umfassende vergleichende Arzneimittelinformationen bietet. Also alles in Ordnung? Keineswegs, wir haben in Deutschland noch einen weiten Weg vor uns, wenn wir Arzneimittel optimal nutzen und sowohl Fehlbehandlungen wie unerwünschte Wirkungen minimieren wollen. Haben bessere Informationen und (etwas) weniger Medikamente auf dem Markt zu einem rationaleren Arzneimittelgebrauch geführt? Die Lektüre des jährlichen Arzneiverordnungs-Reports (Schwabe/Paffrath 1999) stimmt skeptisch. Der Trend zu Verbesserungen ist langsam und oftmals eher regulierenden Eingriffen des Staates geschuldet: Negativlisten und die finanzielle Daumenschraube der Budgetierung scheinen mehr bewirkt zu haben als die Einsicht in die Vorzüge einer rationalen Therapie.

PatientInnen sind im Schnitt zweifelsohne skeptischer geworden, die/der aufgeklärte PatientIn ist aber nach wie vor die Ausnahme. Zwei unterschiedliche Entwicklungen sind festzustellen:

Erstens die Flucht in die Komplementärmedizin: Diese rührt meist aus der Skepsis gegenüber der allopathischen Medizin her. Während die Qualität der vorherrschenden Behandlungsmethoden für nicht überzeugend gehalten wird, werden alternative Methoden unkritisch akzeptiert. Wenn PatientInnen sich dort besser angenommen fühlen, sollte das der etablierten Medizin zu denken geben. Als Ausdruck von Emanzipation der PatientInnen ist das allerdings nicht unbedingt zu werten.

Zweitens die Furcht, aufgrund von Kostendämpfungsbemühungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr das »beste« Medikament verschrieben zu bekommen. Diese meist unbegründete Furcht (die von der Pharmaindustrie, die ihre neuen teuren Produkte absetzen will, gern geschürt wird) zeigt ein Dilemma der staatlichen Gesundheitspolitik von Blüm über Seehofer bis heute. Ansätze zu einer qualitativ guten Arzneimittelauswahl und -therapie und erst recht zur Qualitätssicherung gehen zugunsten von Kostendämpfungsbemühungen unter. Man denke nur an die jämmerlich schlechte Publikation von Negativ- und Transparenzlisten (teilweise nur im Bundesanzeiger) oder die Abschaffung einer Positivliste noch vor ihrer Einführung. Statt dessen traten stets monetäre Überlegungen in den Vordergrund.

Man wird den Eindruck nicht los, die Politik ginge davon aus, ÄrztInnen seien nur mittels (Budget-)Gittern im Zaum zu halten. Auch wenn die Ärzteschaft allen Anlaß dafür bietet, Skepsis gegenüber ihrer Abrechnungspraxis zu hegen, zeigte sich die Politik in der Vergangenheit zögerlich bis einfallslos, wenn es darum ging, ÄrztInnen an Bord eines Qualitätsverbesserungs-Schiffs zu holen. Bildlich gesprochen beschränkte man sich auf den Bau von Kiel und ein paar Spanten, die etwas verloren auf der Werft stehen, an den Stapellauf ist aber noch nicht zu denken. Warum aber ist es so schwer, Qualitätsverbesserungen einzuführen?

3. *Druck der Industrie*

Eine gewichtige Rolle spielt sicher der enorme Einfluß, den die Pharmaindustrie hierzulande auf die Gesetzgebung ausübt. Jede Verbesserung in Richtung rationale Arzneimitteltherapie hat unmittelbare Folgen auf den Medikamentenabsatz. Keine Firma hat ein rein rationales Angebot, deshalb hat jede, wenn auch in unterschiedlichem Maße, etwas zu verlieren. Es ist kein Zufall, daß Deutschland das letzte Land in der Europäischen Union ist, das sich mit einem enormen Berg von Altarzneimitteln herumschlagen muß: Jene Mittel, die schon vor Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes von 1978 auf dem Markt waren, niemals auf Wirksamkeit und Sicherheit überprüft wurden und hierzulande noch fast die Hälfte des Angebots ausmachen.[3]

Wenn sich in bezug auf Altarzneimittel jetzt etwas regt, so ist das auch dem Druck von außen geschuldet. Die Europäische Kommission hat der Bundesregierung ein Ultimatum zur Prüfung der alten Mittel gesetzt. Vielleicht kein Zufall, daß EU-Kommissar Bangemann damit bis kurz nach der Wahl der rot-grünen Regierung gewartet hat. Immerhin bedeutet

der jetzt vorgelegte Gesetzentwurf (10. AMG-Novelle) ein baldiges Aus für die meisten jener Oldtimer – so die Industrie es nicht noch schafft, etwas daran zu drehen. Gejammert wird schon mal kräftig, übrigens mit ökonomischen Argumenten: Das Ende der Altarzneimittel würde die Existenz nicht weniger Firmen bedrohen, Arbeitsplätze stünden auf dem Spiel (o. Verf. 1999) – als wüssten die Hersteller nicht schon seit Jahren, auf welch wissenschaftlich und übrigens auch ethisch dünnem Eis sie sich bewegen.

4. *Vom Mythos der Nicht-Beurteilbarkeit*

Die Diskussion über den Arzneimittelgebrauch in unserem Lande – soweit sie denn überhaupt geführt wird – leidet unter Konzeptlosigkeit. Es ist ein von Pharmaindustrie und ÄrztInnen gern geschürter Mythos, daß eigentlich niemand so richtig über Arzneimittel urteilen kann – es sei denn sie selbst: Die Firma X natürlich über ihr Mittel, und der einzelne Arzt für seine PatientInnen (die Betonung liegt auf »einzelne«). Hinter solchen Ansichten, das gilt es erst einmal festzuhalten, verbirgt sich ein ganzes Pandämonium von Irrationalitäten. Bei den einen mögen so wirtschaftliche Interessen vertuscht werden, bei den anderen die Überforderung, als einzelne(r) immer eine vernünftige Entscheidung treffen zu können.

Bei dem Mythos der Nicht-Beurteilbarkeit handelt es sich um eine Zwecklüge, deren schädliche Wirkung darin besteht, daß sie die BürgerInnen, aber auch die VerschreiberInnen selbst, entmündigt und so die bestmögliche Behandlung oftmals verhindert.

5. *ÄrztInnen und ApothekerInnen*

Viele ÄrztInnen in unserem Lande sind einem überkommenen Rollenbild verhaftet, das noch immer stark patriarchalisch geprägt ist. Sie fühlen sich als wohlmeinende und überlegene SachwalterInnen der Interessen der PatientInnen. Das entspricht dem gesellschaftlichen Bild, das TV-Seifenopern und Arztromane tausendfach reproduzieren. Was bedeutet das für die Rationalität von Therapieentscheidungen? Wie sieht es mit der Wissensbasis, der kollegialen Beratung und der Kommunikationsfähigkeit aus?

Die universitäre Ausbildung von MedizinerInnen im Arzneimittelbereich ist dürftig. Nicht selten werden schlicht die Lieblingspräparate des Professors im Rahmen der Krankheitenkunde mit vermittelt, von vergleichender Bewertung, klinischer Pharmakologie oder gar *evidence*

based medicine keine Spur. Dazu kommt, daß das Wissen über Arzneimittel sich schnell weiterentwickelt, unabhängige Fortbildung aber eher die Ausnahme ist (Reis/Bott/Sawicki 1999). Nur eine Minderheit nutzt die wenigen unabhängigen Nachschlagewerke und Zeitschriften.

Während im Krankenhaus im Arzneimittelbereich vielerorts mit begrenzten Listen gearbeitet wird, die im Idealfall zwischen den FachärztInnen und den ApothekerInnen diskutiert werden, sind die Strukturen im niedergelassenen Bereich von Vereinzelung und Konzeptlosigkeit gekennzeichnet. Der/die ÄrztIn in der Praxis steht vor einer tendenziellen Überforderung, konfrontiert mit sehr unterschiedlichen, oft diffusen Beschwerden, wenig Zeit, tendenziellem Wissensmangel und fehlender Möglichkeit, mit FachkollegInnen zu diskutieren.

Der Erwerb kommunikativer Kompetenz zählt nicht zu den Lehrfächern an der Uni. Konfrontiert mit hohen (gesellschaftlich geprägten) Erwartungen der PatientInnen ist die Versuchung groß, HalbgöttIn in Weiß zu spielen, statt sich auf das unsichere Terrain einer echten Auseinandersetzung mit dem Gegenüber zu begeben. Der Griff zum Rezeptblock ist das angemessene Finale für dieses Ritual. Dabei geht es wohlgemerkt nicht nur um die Frage, ob das richtige Medikament verschrieben wird, sondern ob überhaupt immer ein Medikament die richtige Lösung darstellt.

Dies weist auf eine weitere Schattenseite der überhöhten Selbst- und Fremderwartungen bei ÄrztInnen hin. Nicht wenige Menschen, die eine Praxis aufsuchen, kommen mit sozialen oder psychischen Problemen (wie Alterseinsamkeit, durch schlechte Arbeitsbedingungen verursachte Beschwerden usw.). Sie wären bei einer/m SozialarbeiterIn, PsychologIn oder in einer Selbsthilfegruppe oft besser aufgehoben statt durch Tranquilizer oder Schmerzmittel ruhiggestellt zu werden. Interdisziplinäre Zusammenarbeit wäre hier ein denkbarer Ausweg.

Schwer zu verstehen ist, daß Qualitätszirkel hierzulande ein Schattendasein führen.[4] Ein Blick in die benachbarten Niederlande zeigt, was möglich ist: Eine Gruppe von niedergelassenen ÄrztInnen trifft sich regelmäßig mit einer/m oder mehreren ortsansässigen ApothekerInnen und bespricht geeignete Therapien für häufig in der Praxis vorkommende Krankheiten, den Wert von neu auf den Markt gekommenen Arzneimitteln oder Problemfälle. 1995 nahmen 90 % aller ÄrztInnen in den Niederlanden regelmäßig an solchen Gruppen teil (Schubert/Meyer 1998). Dies ist vielleicht auch *eine* Anregung, wie die ApothekerInnen aus ihrer Aschenputtelrolle im Gesundheitswesen herauskommen könnten.

6. *PatientInnen*

Die BürgerInnen sollten eigentlich die Hauptrolle im Gesundheitswesen spielen. Doch oft genug verkommen sie zu Statisten, die am Ende ein paar Pillen schlucken (oder sie in der Toilette runterspülen). PatientInnen sind aber Koproduzenten ihrer Gesundheit, ohne ihre Mitwirkung geht es nicht. Daß sie gar eine aktive Rolle übernehmen könnten, ist den meisten professionellen Akteuren im Gesundheitswesen eher fremd.

In Vergessenheit gerät, daß der/die BürgerIn jeder Behandlung erst zustimmen muß und daß dazu ein *informiertes* Einverständnis notwendig ist. Anzustreben ist aber etwas weitergehendes: PatientInnen zu befähigen, eine informierte *Entscheidung* zu treffen. Denn oftmals gibt es mehrere Therapievarianten, die zur Behandlung einer bestimmten Krankheit in Frage kommen. Auch die Frage, was passiert, wenn man gar keine Behandlung durchführt, ist eine wichtige Information. Im Grunde hat jeder Anspruch auf diese Informationen, erhält sie im deutschen Gesundheitswesen jedoch nur selten. Um keine Mißverständnisse aufkommen zu lassen: Es gibt keine Pflicht zur eigenen Entscheidung. PatientInnen können sich durchaus *auch* entscheiden, andere für sich entscheiden zu lassen.

Was brauchen BürgerInnen noch außer ÄrztInnen, die bereit sind, ihr Wissen zu teilen? Ein Schlüssel für mehr BürgerInnenbeteiligung im Gesundheitswesen ist ein Mehr an qualifizierter Information. Zwar gibt es immer mehr für Laien zugängliche Informationsquellen, aber unabhängige Auskünfte sind rar. Interessengesteuerte Information ist weit verbreitet und oft nicht leicht als solche zu erkennen. Ob es um Presseartikel, Internetseiten oder Verlautbarungen von PatientInnengruppen geht, viele Informationsquellen über Arzneimittel werden von der Pharmaindustrie beeinflußt.[5]

7. *Kontrolle*

Was hat Arzneimittelkontrolle mit rationaler Therapie zu tun? Wenn es keine irrationalen Arzneimittel gäbe, wäre es etwas schwieriger, irrational zu verschreiben (natürlich kann immer noch das falsche Medikament für die jeweilige Krankheit verschrieben werden). Hier gibt es Handlungsspielraum in Deutschland. Wir haben immer noch rund 40000 Mittel auf dem Markt. Norwegen, das eine »medical need clause« hatte, kam auf 2000. Es wäre durchaus bedenkenswert, diese Klausel, die Norwegen wegen des Beitritts zum europäischen Wirtschaftsraum als Handelshemmnis abschaffen mußte, auf europäischer Ebene einzuführen.

Solange die Zulassungsbehörden wesentliche Teile der Informationen über Arzneimittel geheim halten (o. Verf. 1998b: 98ff.), ist eine wirkliche Beurteilung von neuen Mitteln nur eingeschränkt möglich. Viele Studien werden nie in Fachzeitschriften veröffentlicht; nicht selten mag die schlechte Qualität der Untersuchungen ein Grund dafür sein. Im Interesse des Gesundheitsschutzes ist die Zugänglichkeit dieser Informationen unabdingbar. Bereits 1996 forderte dies eine internationale ExpertInnengruppe in der Erklärung von Uppsala (o. Verf. 1998a).

8. *Öffentlichkeit*

Schließlich sollte die Rolle der Öffentlichkeit nicht vergessen werden: Gruppen wie Health Action International, PatientInnenstellen, die BUKO Pharma-Kampagne, aber auch kritische Berufsorganisationen fördern den öffentlichen Diskurs über rationale Arzneimitteltherapie. Sie vermitteln verständliche Konzepte, die bei allen AkteurInnen zu einer anderen Denkweise führen und Veränderungen auch auf gesetzlicher Ebene anstoßen können.

Unabhängige Fachzeitschriften spielen für die Fortbildung des medizinischen Fachpersonals eine wichtige Rolle. Die international Society of Drug Bulletins (ISDB)[6] fördert nicht nur den Erfahrungsaustausch, sondern beginnt eine politische Stimme zu werden, die mehr Transparenz fordert und sich gegen den dominierenden Einfluß der Pharmaindustrie zur Wehr setzt.

9. *Was brauchen wir?*

Es ist möglich, mit dem vorhandenen Wissen vernünftige Entscheidungen zu treffen. Bloß geht das nicht in Einzelkämpfermanier und von Fall zu Fall jeweils neu. Diejenigen, die das bestreiten, haben etwas zu verlieren: ihr Herrschafts(un)wissen.

Doch wie geht das, rational zu entscheiden, ob und welches Medikament man auswählt? Ein wichtiges Konzept dafür ist *evidence based medicine*. Was bedeutet das? Es gibt eine ganze Menge Wissen zu der Sinnhaftigkeit der unterschiedlichsten Therapien. Nicht alle Studien, die durchgeführt wurden, sind von der gleichen Qualität, manche sind methodisch so mangelhaft, daß sie keinerlei verwertbare Aussagen bieten. Dennoch gibt es klare Kriterien, wie man Studien bewerten kann, und viel wichtiger noch, daß man vergleichend bewerten kann. Denn das Wissen darum, daß ich mit dem Medikament X eine Krankheit Y erfolgreich behandeln kann, heißt ja noch nicht, daß es mit dem Medikament

Z nicht vielleicht besser ginge oder das gleiche Ergebnis mit weniger unerwünschten Wirkungen erzielt werden kann.

Wichtig ist dabei, daß die Ziele klar definiert werden müssen. Überleben die PatientInnen länger mit der Therapie? Wird ihre Lebensqualität besser? Wieviele PatientInnen muß ich behandeln, um einen Todesfall zu verhindern (und setze ich damit vielleicht zu viele Menschen, die nie erkranken würden, unerwünschten Wirkungen aus)?

Eine Wissensbasis und Methodik für solche Fragen bietet die *Cochrane Collaboration*, eine internationale Kooperation von WissenschaftlerInnen, die alles zugängliche Wissen zur Behandlung einer bestimmten Krankheit sichten, gewichten und bewerten. Wichtig dabei ist, daß dies auf transparente Weise geschieht: Alle gefundenen Studien werden aufgelistet, Nichtberücksichtigung wegen Qualitätsmängeln ebenso begründet wie unterschiedliche Gewichtung.[7]

Schließlich muß man auch noch lernen, wie man mit dem neu errungenen Wissen umgehen und welchen Alltagsnutzen man als ÄrztIn, PatientIn oder BürgerIn aus diesem Wissen ziehen kann. Auch dafür gibt es Unterstützung. In Großbritannien, wo innerhalb des *National Health Service* auch medizinische Laien über regionale Versorgungsstrukturen entscheiden, gibt es ein umfassendes Trainingsprogramm: Das Critical Appraisal Skills Programme (CASP), das Workshops, Broschüren und interaktive Computerlernprogramme anbietet, definiert seine Ziele so: »Es gibt weltweit ein Interesse an einer effektiveren Gestaltung von Gesundheits- und Sozialdiensten. Welche Dienstleistungen wirklich effektiv sind, ist nicht immer einfach zu beurteilen, und viele weitere Aspekte müssen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden. [...] Durch Zusammenarbeit in einem Workshop bekommen Fachleute und Laien ein besseres Verständnis für die Sichtweisen des jeweils anderen und entwickeln Fähigkeiten und Selbstvertrauen, die es ihnen ermöglichen, Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung besser zu beeinflussen.« (Institute of Health Sciences o.J.)

Ein wesentliches Hindernis für mehr Transparenz stellt die bei vielen BürgerInnen beliebte Komplementärmedizin dar.[9] Sie ist oft wenig untersucht, was schon wegen der möglicherweise in ihr enthaltenen Potentiale schade ist. Nicht selten lehnen VertreterInnen dieser Medizinrichtung eine Überprüfung ihrer Methoden auf Rationalität ab. Es gibt aber durchaus überzeugende Verfahren, mit denen sich auch Komplementärmedizin beurteilen läßt. [9]

Im Kontext rationaler Arzneimitteltherapie ist aber auch ein anderer Effekt bedenklich: Aufgrund der schwachen Wissensbasis fürchten viele, die Komplementärmedizin produzieren, betreiben oder nutzen, »ihre«

Präparate bei strengerer Kontrolle zu verlieren; deshalb wird *evidence based medicine* grundsätzlich abgelehnt. Dabei gehen KomplementärmedizinerInnen oftmals unbewußt eine Koalition mit den Herstellern irrationaler chemisch definierter Arzneimittel ein.

Es geht bei dem Versuch, rationaler zu entscheiden, keineswegs darum letztgültige Wahrheiten zu verkünden, sondern den größtmöglichen Nutzen aus dem vorhandenen Wissen zu ziehen. Transparenz über vorhandenes Wissen herzustellen, hat immer auch einen demokratischen Aspekt, weil sie Partizipation an Entscheidungen ermöglicht.

Die Tatsache, daß wir in weiten Bereichen noch nicht genügend gesichertes Wissen haben, sollte uns nicht davon abhalten, das, *was wir wissen,* zu nutzen. Es geht nicht darum, nur noch dann zu handeln, wenn man seine Entscheidung gut begründen kann, sondern immer häufiger begründbar zu entscheiden.

10. Wird mit der Gesundheitsreform 2000 alles besser?

Einige zu begrüßende Ansätze gibt es: Die Positivliste für Arzneimittel wird eingeführt. Die Einrichtung von vernetzten Praxen wird ermöglicht – dies ist sicher potentiell eine Qualitätsverbesserung. Mehr unabhängige Beratung für PatientInnen soll es geben. Aber es ist offen, wer diese Einrichtungen wirklich betreiben wird und ob sie die Masse der BürgerInnen erreicht. Bedauerlich ist, daß der Gesetzentwurf sich auf individuelle Beratung beschränkt. So notwendig diese ist, fehlen jedoch ebenso gute – für Laien verständliche – Materialien zum rationalen Arzneimittelgebrauch. Auch wären unbedingt größere unabhängige Informationszentren notwendig, die auf fortlaufender Basis vorhandenes Wissen zur rationalen Arzneimitteltherapie bündeln, bewerten und systematisch zugänglich machen. Denn sonst wird den BeraterInnen vor Ort in vielen Fällen das nötige Hintergrundwissen fehlen, das für einen wirklich guten Rat unentbehrlich ist. Denkbar wären auch bundesweite oder regionale Infotelefone, die z.B. nach dem Beispiel der Schweizerischen Medikamenteninformationsstelle (SMI) gestaltet werden könnten.

Auch mit dem neuen Gesetz bleiben die Entscheidungen über Arzneimittelgebrauch im wesentlichen in der Hand der Industrie (Verbrauchssteuerung durch Angebot und Werbung) und der ÄrztInnen (durch den Rezeptblock). Leistungsausschlüsse werden weiterhin unter Ausschluß der Öffentlichkeit und ohne VerbraucherInnen-Vertretung beschlossen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der im Gesetzentwurf nicht berücksichtigt wird, ist der bessere Informationsaustausch zwischen ÄrztIn,

ApothekerIn und PatientIn, der sowohl unverträgliche oder unsinnige Mehrfachmedikation vermeiden helfen, als auch einen Rückkopplungsmechanismus für die Qualität der Arzneimittelverordnung darstellen könnte. Wenn auch deutliche Verbesserungen zu bemerken sind, als Durchbruch ist diese Reform kaum zu bezeichnen. Wie systematisch Qualitätsverbesserungen erreicht werden können, diese Frage beantwortet die Gesundheitsreform 2000 nicht.

11. Fazit[10]

BürgerInnen und Gesundheitspersonal spielen gegenwärtig weder bei der Definition des Arzneimittelbedarfes noch bei der Ausrichtung der Forschung eine bedeutende Rolle. Wesentlich schwerer wiegt aber, daß weder die Gesellschaft noch die Fachleute ausreichenden Zugang zu vergleichenden Informationen über Wirksamkeit, Sicherheit, Verträglichkeit und Kosten verschiedener Therapien für eine bestimmte Krankheit haben. Dieser Mangel an Transparenz über Arzneimittel wird durch die Geheimhaltungspraxis der Pharmaindustrie und (auf Drängen der Industrie) der meisten Zulassungsbehörden aufrechterhalten.

Es bleibt festzuhalten, daß es die BürgerInnen sind, die sich für medizinische Versuche zur Verfügung stellen und damit die Entwicklung neuer Medikamente erst möglich machen. Die Gemeinschaft hat schon deshalb Anspruch auf umfassende Information über den potentiellen Nutzen von Medikamenten. Arzneimittelstudien sollten als öffentliches und nicht als privates Gut betrachtet werden.

Zusammenfassend sollten folgende Mindestanforderungen an Arzneimittel gestellt werden:

- Neue Medikamente sollen nur dann zugelassen werden, wenn es für sie einen klaren medizinischen Bedarf gibt.
- Arzneimittel, die wegen des therapeutischen Fortschritts überholt sind, müssen vom Markt genommen werden.
- Alle Studien zu auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln müssen öffentlich zugänglich gemacht werden, um unabhängige Vergleiche zu ermöglichen.
- Die Meldungen über unerwünschte Wirkungen müssen zentral gesammelt und öffentlich zugänglich gemacht werden. Um Abschätzungen über die Risikohäufigkeit zu ermöglichen ist es erforderlich, die Menge der abgesetzten Medikamente zu kennen.
- Um (neue) Arzneimittel möglichst sinnvoll einsetzen zu können, sollten nicht nur vollständige und zuverlässige Informationen vorliegen, sondern VerbraucherInnen und medizinisches Personal müssen auch

aufgeklärt werden, unter welchen Bedingungen sie sinnvoll eingesetzt werden können.

Je mehr die BürgerInnen und ÄrztInnen begreifen, daß es vernünftig und für die PatientInnen besser ist, Entscheidungen nach kritischer Wertung des vorhandenen Wissens – und gemeinsam – zu treffen[11], um so weniger werden die Manipulationsstrategien der Industrie und der auf Erhalt des Status quo fixierten ärztlichen Interessenverbände verfangen.

Korrespondenzadresse:
Jörg Schaaber
BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Str. 62
33602 Bielefeld
E-mail: bukopharma@compuserve.com

Anmerkungen

1 Ähnliches gilt für die Konzepte, die PatientInnen vom Arzneimittelgebrauch haben.
2 Ein umfassendes Konzept für rationalen Arzneimittelgebrauch wurde erstmals von der Weltgesundheitsorganisation auf einer Konferenz in Nairobi 1985 entwickelt (WHO 1996).
3 Zahlen nach: o. Verf. 1998c; Hintergrundinformationen in: Arzneimittel sind kein Käse, *Pharma-Brief Spezial* 2/1996.
4 Ausführlichere Informationen zu Qualitätszirkeln bei Schubert/Meyer (1998).
5 Einen kleinen Überblick über Beeinflussungsmethoden bietet Sweet (1998).
6 ISDB hat 78 Mitglieder in 43 Ländern. Aufnahmebedingungen für Zeitschriften sind wissenschaftliche Mindeststandards, Unabhängigkeit und Werbefreiheit.
7 Die Website der Cochrane Collaboration mit ausführlichen Informationen: www.cochrane.org.
8 Oftmals als »Alternativmedizin« oder »besondere Therapierichtungen« bezeichnet. Meines Erachtens ist Komplementärmedizin der bessere Begriff, weil er ausdrückt, daß diese Medizin als Ergänzung zur der (ja durchaus mit Schwächen behafteten) allopathischen Medizin zu verstehen ist.
9 Hier sei z.B. verwiesen auf den Reader des Ratschlags »Besondere Therapierichtungen« (Bündnis 90/Die Grünen 1998).
10 Die Überlegungen in diesem Abschnitt basieren zum Teil auf einem unveröffentlichten Papier von Andrew Herxheimer, klinischer Pharmakologe und ehem. Präsident der International Society of Drug Bulletins (Herxheimer 1996).
11 Bemerkenswert in diesem Zusammenhang: Das British Medical Journal widmete kürzlich eine Ausgabe schwerpunktmäßig der PatientInnenbeteiligung, Vol. 319, issue 7212, 18.9.1999. Website: www.bmj.com.

Literatur

ATI-Verlag (Hg.) (1997): Arzneimittelkursbuch 1997/98, Berlin: ATI-Verlag
Blüchel, K. (1978): Das Medizinsyndikat, Reinbek: Rowohlt

Bündnis 90/Die Grünen (Hg.) (1998): Ratschlag »Besondere Therapierichtungen« 24. Januar, lang & schlüssig 13/85, Bonn

Herxheimer, A. (1996): Future pharmaceutical Research, Development and Innovation in Europe, comments from A. Herxheimer, Paris 12. Juli (unveröff. Ms.)

Institute of Health Sciences (o.J.): Impact Workshops des Critical Appraisal Skills Programme, Old Road, Headington, Oxford. Website www.phru.org/casp/

O.V. (1996): Arzneimittel sind kein Käse, Pharma-Brief Spezial 2/1996

O.V. (1998a): Erklärung von Uppsala: Transparenz und Verantwortlichkeit in der Arzneimittelkontrolle, Pharma-Brief Spezial 1/1998

O.V. (1998b): Arzneimittelzulassung in Europa, der Arzneimittelbrief: 89-92

O.V. (1998c): Medikament & Meinung, April 1998

O.V. (1999): Problem der Nachzulassung wird einseitig auf die Industrie geschoben, Deutsche Apotheker Zeitung, 15. Juli: 27f.

Reis, O.v.; Bott, U.; Sawicki, P.T. (1999): Evaluation ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen in innerer Medizin, arznei-telegramm: 33-34

Schubert, I.; Meyer, D. (1998): Qualitätssicherung in der Arzneimittelverordnung, Pharma-Brief 1/1998: 5-7

Schwabe, U.; Paffrath, D. (1999): Arzneiverordnungs-Report 1999, Stuttgart: Gustav Fischer

Sweet, M. (1998): Wie man Pillen versüßt, Pharma-Brief 1/1998: 1ff.

WHO (1996): The Rational Use of Drugs, Genf