

Fragen an Birgitt Bender, MDB, Bündnis 90/Die Grünen

Frau Bender, Sie vertreten für Bündnis 90/Die Grünen den Wahlkreis Stuttgart II im Deutschen Bundestag und sind Mitglied des Gesundheitsausschusses. Sie engagieren sich deshalb prominent für die Gesundheitspolitik Ihrer Partei, unter anderem, indem Sie auch Position beziehen zur Zukunft des Apothekenmarkts und zur Preisgestaltung im deutschen Arzneimittelmarkt. Sie äußern freimütig und dezidiert Ihre Meinung und hatten auch bereits Berührung mit uns Krankenhausapothekern. Wir freuen uns deshalb, dass Sie uns zu den folgenden Fragen Rede und Antwort stehen.

Sie folgten am 3. März dieses Jahres einer Einladung zu einem parlamentarischen Abend der ADKA und erfuhren dort einiges über den „Hochrisikoprozess der Arzneimitteltherapie“ (Zitat Prof. Ludwig, ein erfahrener Kliniker) im Krankenhaus. Woraus bezieht der Klinikapotheker Ihrer Meinung nach seine stärkste Existenzberechtigung?

Aus dem pharmakologischen Wissen über Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten. Diese spezifischen Stärken der Apotheker sollten (nicht nur im stationären Bereich) stärker bei der Behandlung von Patienten genutzt werden. Das käme allen zugute – den Patienten, den Ärzten und den Versicherten, denn bei vielen chronisch Kranken würden weniger, aber richtig aufeinander abgestimmte Medikamente Nebenwirkungen und damit verbundene unnötige Folgebehandlungen vermeiden. Zusätzlich zur besseren Versorgung würden als positiver Nebeneffekt die Arzneimittelkosten sinken.

Bei dem erwähnten parlamentarischen Abend brachten Sie selbst auch Redebeiträge, die zumindest Skepsis gegenüber Forderungen von uns Klinikapothekern an die Politik verrieten. Welche unserer Leistungen und professionellen Ansprüche vermitteln wir Ihrer Meinung nach mit zu wenig Überzeugungskraft?

An uns als Politik Machende werden immer wieder Forderungen herangetragen, die mir sinnvoll und logisch erscheinen, bei denen ich mich jedoch frage, ob die Umsetzung tatsächlich von gesetzlichen Regelungen be- oder verhindert wird. Oft ist das nicht der Fall. Politik bedeutet für mich, Rahmenbedingungen zu schaffen und Mindestanforderungen festzulegen. Aus meiner Sicht werden bestehende Handlungsmöglichkeiten zu selten genutzt und zu oft nach der Politik gerufen – zum Teil von densel-



Birgitt Bender, Berlin

ben Personen, die uns an anderer Stelle Staatsmedizin vorwerfen.

Hatten Sie bereits einmal bzw. wiederholt einen fachlichen Meinungsaustausch mit einem Klinikapotheker? Falls ja, was blieb Ihnen davon als wesentlich in Erinnerung?

In den fast acht Jahren, die ich nun für die „grüne“ Gesundheitspolitik im Bund zuständig bin, habe ich immer wieder mit Vertretern der ADKA in persönlichen Gesprächen, schriftlich oder am Rande von parlamentarischen Abenden Kontakt. Als wesentlich ist bei mir hängen geblieben, dass in Deutschland – anders als beispielsweise in England oder den Niederlanden – Apotheker viel zu wenig in ihrer pharmakologischen Beratungskompetenz eingesetzt werden.

Wo sehen Sie persönlich den wesentlichen Unterschied zwischen einem Apotheker in seiner öffentlichen Apotheke und einem Klinikapotheker? Wie sollten wir Krankenhausapotheker in der öffentlichen Wahrnehmung unser eigenständiges Profil noch wirkungsvoller schärfen?

Krankenhausapotheker haben im Gegensatz zu den Kollegen in öffentlichen Apotheken keine eigenen wirtschaftlichen Interessen, die bewusst oder unbewusst Einfluss auf ihr Handeln haben. Am wichtigsten dürfte es sein gegenüber Krankenhausträgern und Mitarbeitern in den Krankenhäusern immer wieder die Vorteile einer guten pharmakologischen Beratung der Ärzte sowie einer umfassenden Aufklärung der Patienten herauszustellen

sowie deutlich zu machen, dass Einkauf und Logistik zwar die Basis, aber allein nicht ausreichend sind. Von den Patienten selbst wird eine gut verständliche, individuelle Information und Aufklärung vermutlich nicht mit der Krankenhausapotheker, sondern mit dem Krankenhaus assoziiert. Zumindest in den Ballungsräumen ist ein solches Angebot beim Wettbewerb zwischen Krankenhäusern ein wichtiger Vorteil. Uns Grünen liegt die integrierte Versorgung sehr am Herzen, und dabei können Krankenhausapotheken eine wichtige Rolle spielen. Bei sektorübergreifenden Versorgungsmodellen könnte, insbesondere bei der Behandlung chronisch Kranker, eine Medikamentenversorgung – die pharmakologisch abgestimmt ist – Krankenhauseinweisungen und Kosten reduzieren.

Ihre Partei, Bündnis 90/Die Grünen, hatte ja keine gestalterische Verantwortung an der Gesundheitsgesetzgebung der letzten Jahre zu tragen: Was müsste demnach Ihrer Einschätzung nach im Krankenhaus dringlich geändert und verbessert werden? Denken Sie dabei bitte vor allem an Bereiche, in denen die von uns mitverantworteten Arzneimittel eine besondere Rolle spielen.

Die Situation der Krankenhäuser ist sehr heterogen und entsprechend unterschiedlich dürften die jeweils notwendigen Verbesserungen ausfallen. Diese reichen von Investitionen in Gebäude, um effizientere und patientenorientiertere Abläufe zu ermöglichen, über die Verbesserung der Abläufe in puncto Entlassungsmedikation – dazu zählen aussagekräftige Arztbriefe genauso wie die Vermeidung von Arzneimittelumstellungen nach dem Krankenhausaufenthalt – sowie Hygieneanstrengungen, die das Auftreten resistenter Erreger im Krankenhaus möglichst verhindern, bis hin zur Umsetzung von guten Arbeitszeitkonzepten. Auf der politischen Ebene stehen die Auswertung der Erfahrungen mit dem DRG-System, die Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Leistungen, die Einführung von Selektivverträgen für planbare Operationen und der „Dauerbrenner“ Krankenhausplanung auf der Tagesordnung. Und nicht zuletzt wird die Diskussion über die künftige Finanzierungsarchitektur im Krankenhausbereich weitergehen müssen.

Welche sind für Sie essenzielle „grüne“ Überzeugungen zur Rolle der Apotheker bei der Versorgung unserer Bevölkerung mit sicheren Arzneimitteln und deren sachgerechter Anwendung?

Dreh- und Angelpunkt sind für mich Information, Aufklärung und Beratung von Patienten. Bei der Delegationsreise mit dem Gesundheitsausschuss nach England beeindruckten mich dort die viel genutzten Beratungsräume, in denen insbesondere chronisch Kranke in Bezug auf

die Medikamentierung und auch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln umfassend beraten wurden. In Deutschland existiert in öffentlichen Apotheken, wenn man Tests der Stiftung Warentest glauben darf, noch deutlicher Nachholbedarf in der Beratung von Patienten. Auch hier stellt sich wieder die Frage, ob es den Gesetzgeber braucht (denkbar wäre z. B. eine Reduktion der Pauschalen und die Einführung von speziellen Beratungszuschlägen auf Nachweis), oder ob nicht eher die Apothekerschaft gefordert ist, selbst aktiv zu werden, um für eine gute Beratung in möglichst allen Apotheken im Land zu sorgen.

Wir Klinikapotheker und auch ein Großteil unserer gut informierten Mitbürger sehen mit der jüngsten Arzneimittel-Gesetzgebung die global agierenden Pharmakonzerne gegenüber mittelständischen Herstellern deutlich begünstigt. Hätte Ihre Partei da bessere Konzepte? Und wenn ja, welche?

Wir sehen Rabattverträge, die insbesondere im Bereich der Generika angewendet werden, als ein Instrument, um die ständig und massiv steigenden Kosten im Arzneimittelbereich besser im Zaum zu halten. Bei wirkstoffidentischen Medikamenten, die sich in ihrer Zulassung auf das Original beziehen, sehen wir eine Austauschfähigkeit gegeben. Für die sehr seltenen Fälle (z. B. bei Unverträglichkeit von Hilfsstoffen) besteht die Möglichkeit, bei der Verschreibung einen Austausch zu verhindern. Viele der den Rabattverträgen zugeschriebenen Probleme sind nicht neu, sondern bestanden bereits (zum Teil in höherem Maße) bei den davor gültigen Austauschregelungen. Gerade Krankenhausapotheken, die als große Abnehmer seit Jahren im Generikabereich umfassende Rabatte mit den Herstellern aushandeln, kennen die Vorteile dieses Instruments. Problematisch wird es aus Sicht der Grünen, wenn Originalhersteller und Kassen Rabattverträge abschließen, die über die Patentlaufzeit hinausgehen. Damit werden Generikahersteller faktisch vom Markteintritt ausgeschlossen. Solche Strategien, mit denen Wettbewerb verhindert wird, müssen verboten werden. Ebenso sollte vereitelt werden, dass innovative und patentgeschützte Arzneimittel im stationären Bereich teurer sind als im ambulanten Sektor.

Krankenkassen achten heute bei Arzneimitteln scheinbar mehr auf den Stückpreis als auf Qualität, Sicherheit und therapeutische Effizienz. Ist das nach Ihrer Einschätzung der richtige Weg? Wer soll Ihrer Meinung nach die Kosten des therapeutischen Fortschritts tragen? Welches wäre für Sie das probateste Steuerungsinstrument?

Bei Generika ist der zentrale Blick auf den Preis notwendig, da wir es im Gesundheitswesen immer mit be-

grenzten Ressourcen zu tun haben. Im Blick auf neue – leider nur zum Teil innovative – Arzneimittel begrüßen wir, dass die Bundesregierung sich in Richtung frühzeitige Nutzenbewertung bewegt. Die Richtung stimmt, aber Schwarz-Gelb ist in der Umsetzung inkonsequent. Wir erwarten unter anderem, dass in Zukunft jedes neue Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen neben seiner Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit auch seinen Nutzen bzw. Zusatznutzen für den Patienten sowie seine Wirtschaftlichkeit unter Beweis stellt. Die erste (Schnell-) Bewertung sollte nicht erst nach der Zulassung, sondern bereits parallel zum Zulassungsverfahren erfolgen. Auf der Basis der schnellen Nutzenbewertung erfolgt im positiven Fall die Aufnahme in die Positivliste verordnungsfähiger Medikamente. Die – im internationalen Vergleich exotische – freie Preisfestsetzung durch die Pharmahersteller wollen wir durch Verhandlungslösungen sowie gegebenenfalls mit Regressen begrenzen. Für eine (Kosten-) Nutzen-Bewertung müssen alle verfügbaren Informationen herangezogen werden. Daher setzen wir uns für ein verpflichtendes Register aller Arzneimittelstudien ein und fordern, dass alle Studienresultate – auch die der abgebrochenen Studien – veröffentlicht werden müssen. Details dazu finden Sie in unserem Bundestagsantrag mit der Drucksachennummer 17/1418.

Apotheker in Krankenhäusern versuchen unter anderem, bestmögliche Preise für die Arzneimittel der Hausliste zu erzielen sowie Ärzte, Pflegende und neuerdings auch Patienten selbst in der sicheren und ökonomischen Arzneimittelanwendung zu beraten und zu schulen. Reichen dafür 3 Apotheker pro 1 000 Klinikbetten aus? Mit welchen Argumenten bzw. unter welchen Voraussetzungen würden Sie sich für eine bessere Quote stark machen?

In der 15. Wahlperiode (2002–2005) diskutierte ich bereits mit der ADKA über diese Frage. Gesundheitsministerium und Regierungsfractionen plädierten für eine offenere Mindestregelung, da je nach Schwerpunkt bzw. Zusammensetzung der Abteilungen und der Patienten der Kliniken – Akutmedizin, chronisch Kranke, Onkologie – jeweils sehr unterschiedliche Apothekerschlüssel sinnvoll

und notwendig sind. Welche Apothekerzahl im jeweiligen Krankenhaus notwendig ist, sollte nicht abstrakt durch den Bundestag oder das Gesundheitsministerium, sondern konkret vor Ort entschieden werden. Bei Widerständen beispielsweise von Ärzten gegen eine stärkere Beteiligung der pharmazeutischen Profession ist in jedem Fall Überzeugungsarbeit zu leisten. Dabei haben Sie, wie ich beispielsweise Artikeln zum Unit-Dose-Verfahren entnehmen konnte, nicht nur gute Argumente in Bezug auf die Medikamentensicherheit, sondern auch gute ökonomische Argumente in der Hand, mit denen sich Krankenhausleitungen überzeugen lassen müssten.

Möglicherweise haben Sie sich auch eingehender mit der jüngst herbeigeführten „Überbürokratisierung“ bei der Abrechnung der kostenintensiven Krebstherapie befasst. Wie denken Sie darüber? Ist der Arzneimittel-sektor in unserem Land eher überreglementiert oder inakzeptabel liberalisiert?

Der Arzneimittelsektor ist reglementiert und das wird er auch in Zukunft bleiben. Bei dem von der bündnisgrünen Bundestagsfraktion kürzlich durchgeführten Fachgespräch „Wie kommen wir zu fairen Arzneimittelpreisen?“ (http://www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dok/344/344948.wie_kommen_wir_zu_fairen_arzneimittelpre.html [Zugriff am 24.08.2010]) hat Claudia Habl (Gesundheit Österreich GmbH) dargestellt, das es nicht die eine richtige Regelung zur Steuerung im Arzneimittelbereich geben kann, sondern ständig nach- oder umgesteuert werden muss, um die immer wieder entstehenden Umgehungswege zu schließen. Wenn ein Viertel bis ein Drittel der 300 öffentlichen Apotheken, die Zytostatika herstellen, in einen Abrechnungs- und Fälschungsskandal verwickelt sind, dann macht dies deutlich, dass es Bereiche gibt, in denen es nicht zu viel, sondern zu wenig Reglementierung und (Qualitäts-)Kontrolle gibt. Bei der Qualität und Sicherheit der Zytostatika scheinen die Krankenhausapotheker die Nase vorn zu haben.

Frau Bender, wir danken Ihnen für Ihre Ausführungen.