

Arzneimittel-Festbeträge: Zentralinstitut testet EDV-Informationssystem

Für den niedergelassenen Arzt wird die richtige Auswahl unter den verschiedenen Arzneimitteln unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten immer schwieriger. Festbeträge für die zehn umsatzstärksten Wirkstoffe (360 Arzneimittel mit identischen Wirkstoffen) sind inzwischen (am 19. Juni 1989) von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzt worden; sie treten zum 1. September dieses Jahres in Kraft (Heft 27/1989, Leitartikel). Die Festbeträge bedeuten, daß vom Arzt verordnete Arzneimittel für den Versicherten nur dann kostenfrei sind, wenn ihr Marktpreis nicht höher als der Festbetrag bleibt. Verordnet der Arzt Medikamente oberhalb dieser Preisgrenze, so zahlt der Versicherte die Differenz zu. Auf diese Preisdifferenz soll der Arzt den Versicherten hinweisen. Die Bereitstellung aktuellen Informationsmaterials für die Ärzte ist ein Informationsproblem für die Kassenärztlichen Vereinigungen und für die Krankenkassen.

Ärzte, die Computer in ihrer Arztpraxis einsetzen – dies sind immerhin rund 5000 in der Bundesrepublik, mit wachsender Tendenz –, werden in naher Zukunft Informationen über Arzneimittel aus ihrem Computer entnehmen können.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln, wird im Laufe dieses Jahres für diese Informationszwecke ein Arzneimittel-Informationssystem zur Verfügung stellen. Dieses Informationssystem wird über die verschiedenen Softwarehäuser, die Arztcomputer-Software vertreiben, den niedergelassenen Ärzten angeboten. Das Projekt soll ab 1. August 1989 zunächst mit einer halbjährigen Testphase für die Softwarehäuser beginnen.

Die Datenbasis für das Arzneimittelinformationssystem hat sich das Zentralinstitut durch vertragliche Absprachen mit der „Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker“, einer der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apotheker

nahestehenden Firma, gesichert. Die Datenbasis enthält Arzneimitteldaten für die auf dem Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen bzw. registrierten Fertigarzneimittel mit Angaben über Hersteller, Handelsname, Indikationsgebiet, Darreichungsform, Inhaltsstoffe, Mengenangabe, Marktpreise – und soweit festgesetzt – in Zukunft auch die Festpreise.

Softwarehäuser, die mit dem Zentralinstitut kooperieren, sollen nach den Vorgaben des Zentralinstituts ein „Arzneimittelmodul“ für ihre individuelle Arztcomputer-Software entwickeln und die Schnittstellenprobleme zum Datenaustausch mit dem Kölner Institut lösen. Das von den Softwarehäusern entwickelte „Arzneimittelmodul“ wird im Rahmen des jeweiligen Softwarepaketes den Ärzten angeboten, wobei der Arzt die Möglichkeit haben soll, aus der Menge des Datenmaterials eine Selektion vorzunehmen nach Präparatenamen, der Wirkstoffbezeichnung oder der Indikation.

Ausgewählte Arzneimittel sollen dann beim Arzt direkt zur Rezept-

schreibung gebracht werden und die Verordnung in einer Arzneimittelstatistik geführt werden.

Ein entsprechendes Vertragsangebot über die Kooperation zwischen dem Zentralinstitut und den an diesem Arzneimittelinformationssystem interessierten Software-Häusern ist diesen in den letzten Tagen zugegangen. Alle interessierten Software-Häuser können sich mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Herbert-Lewin-Straße 5, 5000 Köln 41) in Verbindung setzen.

Die Preise des Arzneimittel-Informationssystems werden monatlich aktualisiert. Andere inhaltliche Änderungen erfolgen im Quartalsrhythmus. Für die Nutzung der Datenbasis ist eine Einmal-Lizenzgebühr an die „Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker“ in Höhe von 250,- DM und 50,- DM für den quartalsweisen Änderungsdienst je Endnutzer zu zahlen.

Das Zentralinstitut plant, das Arzneimittel-Informationssystem um medizinische und pharmakologische Informationen (etwa: Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Dosierungsangaben) zu erweitern: Zu einem späteren Zeitpunkt wird damit gerechnet, daß bewertende Aussagen über Arzneimittel seitens der Arzneimittelkommission eingespielt werden. Br./ZI

Weltärztebund: Forscher, Patienten, Tiere und Chinesen

Auf Einladung der in Florida zahlreich ansässigen kubanischen Exil-Ärzte kam der Vorstand des Weltärztebundes in Miami Beach zusammen und bereitete die Generalversammlung vor, die im Herbst in Hongkong angesetzt ist. Dieser Versammlung wird eine ganze Anzahl von Texten zur Verabschiedung vorliegen, darunter auch eine Änderung der „Deklaration von Helsinki“ über die medizinische Forschung am Menschen, die von der Bundesärztekammer beantragt worden ist.

Hier geht es um die Ethik-Kommissionen. Sie sind in der Deklaration bisher zwar genannt, ihre Auf-

gaben sind beschrieben, aber es war offen, wer diese Kommissionen denn nun bilden sollte. Der ergänzte Text soll klarstellen, daß diese Kommissionen vom Forscher, der den Antrag stellt, ebenso unabhängig sein sollen wie von der Stelle, die die Forschungsvorhaben finanziert, und daß sie von einer „kompetenten Institution“ („competent body“ im englischen Text) anerkannt sein müssen. Wegen der so unterschiedlichen Systeme in den verschiedenen Mitgliedsländern kann dies nicht exakter formuliert werden; es können die medizinischen Fakultäten sein oder die Ärztekammern – jedenfalls nicht

private oder selbsternannte Gremien.

Ein Gesetzentwurf der philippinischen Regierung führte dazu, daß der Generalversammlung eine Erklärung über die Substitution von verschriebenen Medikamenten vorgelegt werden wird. Die Behörden in Manila wollen vorschreiben, daß die Ärzte nicht mehr Markenpräparate verschreiben dürfen, sondern nur noch die Stoffbezeichnungen. Der Entwurf der Erklärung des Weltärztebundes weist darauf hin, daß einerseits die Bioäquivalenz konkurrierender Präparate nicht immer gesichert, andererseits der Arzt für die Behandlung verantwortlich ist – wenn der Apotheker ein anderes, nicht äquivalentes Präparat abgibt, übernimmt er damit noch nicht die therapeutische Verantwortung. Deshalb verlangt die Erklärung, daß der Arzt – besonders bei chronischen Erkrankungen – über jede Substitution informiert werden müsse, damit er eventuell die Dosierung überprüfen kann. Substitutionsbedingte Nebenwirkungen oder Behandlungs-Fehlschläge sollte der Arzt den zuständigen Stellen melden.

In einem weiteren „statement“ werden „guidelines“ (das ist schwächer als das deutsche Wort „Richtlinien“) erörtert, wie der Arzt sich gegenüber Patienten im langdauernden Koma („persistent vegetative state“, PVS) verhalten soll. In der Tat handelt es sich hier eher um Erörterungen als um Handlungsanweisungen; sie kommen zu dem Schluß, daß ein PVS von zwölf Monaten eine infauste Prognose einschließt – mit den sich an diese Feststellung anschließenden Konsequenzen.

Ähnliches gilt von einem Statement-Entwurf über die Transplantation von fötalem Gewebe – es gibt Versuche, mit dieser Technik schwere Stadien des Morbus Parkinson zu bessern. Dem Vorentwurf fügte der WMA-Vorstand die Bemerkung ein, daß es sich hier noch immer um Experimente handelt; die bestehenden Vorschriften über die Organtransplantation müssen hier mit besonderer Umsicht angewandt werden. Interessant ist ein Kommentar, den der Ärzteverband des Vatikans zur Diskussion beigesteuert hat: Hier wird

die „medizinische Indikation“ zum Schwangerschaftsabbruch in gewissen Grenzen akzeptiert.

In starken Worten verteidigt ein weiterer Statement-Entwurf Tierversuche in der Medizin – beginnend mit dem Hinweis darauf, daß die schon erwähnte Deklaration von Helsinki Tierversuche vor dem Beginn von „Menschenversuchen“ vorschreibt. Der Kernsatz lautet (übersetzt von Berichterstatter): „Die ärztlichen Organisationen sollen sich jedem Versuch widersetzen, den angemessenen Einsatz von Tieren in der Forschung zu verhindern, weil dieses die Versorgung der Patienten beeinträchtigen würde.“ Daß den Tieren ein „humane treatment“ zusteht, wird betont. Der Hintergrund für diese von der American Medical Association eingebrachte Erklärung ist die Tatsache, daß militante „Tierschützer“ vor allem in Kalifornien inzwischen Methoden entwickelt ha-

ben, die sich gegenüber den Forschern durchaus als „Terrorakte“ ausnehmen.

Außerhalb der Dokumente gab es noch eine Diskussion, die inzwischen wohl leider überholt zu sein scheint. Der Ärzteverband der Volksrepublik China hat sich nämlich dafür interessiert, dem Weltärztebund beizutreten. Nur die Tatsache stand im Raum, daß bereits eine „Chinese Medical Association“ der World Medical Association angehört – die von Taiwan. Dies paßt den Festlands-Chinesen natürlich nicht. Aber in diskreten Verhandlungen, vornehmlich vom australischen Past-President der WMA, Dr. Lindsay Thompson, geführt, war die Einigung schon so gut wie perfekt: Die Kollegen aus Taiwan waren bereit, sich als „Chinese Taiwan Medical Association“ bezeichnen zu lassen. Aber dies ist jetzt wohl wieder in weiter Ferne . . .

bt

Psychiatrie-Reform: Fachabteilungen schließen Lücken

Psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Tages- und Nachtkliniken sind unverzichtbar, um eine kontinuierliche Behandlungskette von der stationären Versorgung über den ambulanten Bereich bis hin zu Spezialwohnheimen, Übergangsheimen, beschützenden Werkstätten u. a. zu garantieren. Allerdings werden die Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von den Planungen der Länder und von der Krankenhausfinanzierung noch nicht ausreichend berücksichtigt. Dies sei aber gesundheitspolitisch um so dringlicher, als der Ende 1988 vorgelegte Schlußbericht einer von der Bundesregierung eingesetzten Experten-Kommission zur Weiterentwicklung der Psychiatrie-Reform semistationäre Einrichtungen und Fachabteilungen empfohlen habe.

Dies ist die Quintessenz eines Grundsatzreferates von Dr. med. Eugen Wolpert, Chefarzt der psychiatrischen Abteilung des Elisabethenstifts in Darmstadt, Vorsitzen-

der des Arbeitskreises der Leiter psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Nach Angaben von Dr. Wolpert gibt es heute rund 100 Spezialabteilungen an Krankenhäusern, immerhin fünfmal soviel als noch 1970, überwiegend an freigemeinnützigen und kleineren Krankenhäusern.

Als völlig unrealistisch und kontraintendiert bezeichnete Wolpert eine durchschnittliche Abteilungsgröße von 200 bis 250 Betten, wie sie die Enquête (September 1975) noch empfohlen hatte. Jetzt empfiehlt der Expertenbericht, die Abteilungsgröße wesentlich zu reduzieren und die Spezialabteilungen in die allgemeine Krankenhausversorgung zu integrieren. Andererseits sollten psychiatrische Krankenhäuser Außenstellen an Allgemeinkrankenhäusern bilden, die so weit ausgebaut werden sollten, daß sie die Versorgungsverpflichtung für einen Teil des ehemaligen Einzugsgebietes der psychiatrischen Krankenhäuser übernehmen können.

HC