

PHARMA BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nummer 5/87

Health Action International (D)

August 1987

Weniger Medikamente - Bessere Therapie Internationaler Kongreß in Bielefeld vom 16.-18.10.87

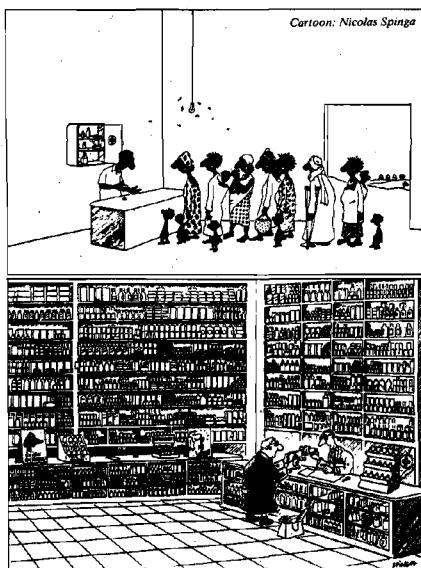
Die BUKO Pharma-Kampagne veranstaltet Mitte Oktober einen internationalen Kongreß zum Rationalen Gebrauch von Medikamenten. Dies Konzept, das versucht positiv zu definieren, welche Arzneimittel gebraucht werden. Zunächst ein paar Worte zum Hintergrund dieses Kongresses. Auf den Innenseiten findet sich das Kongreßprogramm. Und auf dieser Seite beginnt auch ein Hintergrundartikel zu Kongreß.

In der Bundesrepublik werden zur Behandlung von Krankheiten mehrere zehntausend Medikamente eingesetzt. - Weniger Medikamente wäre mehr. Eine rationale Arzneimitteltherapie braucht nur vergleichsweise wenige Wirkstoffe. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat eine Modellliste mit etwa 250 Wirkstoffen erarbeitet, auf deren Basis nationale Listen entwickelt werden sollten.

Dies Konzept der 'Unentbehrlichen Arzneimittel' ist bis jetzt hauptsächlich von der Dritten Welt gefordert und umgesetzt worden. Halfdan Mahler, Generaldirektor der WHO, hat es ausdrücklich als 'universelles Konzept' bezeichnet, das auch für die Industrieländer nützlich ist.

Mit unserem Kongress wollen wir zeigen, daß eine vernünftige Arzneimitteltherapie sich auch in Industrieländern auf eine begrenzte Zahl von Medikamenten stützen sollte, deren Auswahl wissenschaftlich begründet ist. Kein Arzt kann aus Tausenden von Medikamenten das Richtige auswählen. Deshalb ist die 'Verschreibungsfreiheit' des Arztes ein Mythos. Wir wollen Erfahrungen und Konzepte präsentieren, die zeigen, daß eine begrenzte Liste von Arzneimitteln nicht nur wirtschaftlicher ist, sondern vor allem eine bessere Therapie bedeutet.

Experten aus dem In- und Ausland werden referieren und für Diskussionen in Workshops zur Verfügung stehen. Weil die Umsetzung des Konzepts 'Unentbehrliche Arzneimittel' in einigen Ländern der Dritten Welt weiter fortgeschritten ist als bei uns, werden



auch Referenten aus diesen Ländern über Umsetzung, aber auch zu erwartende Widerstände berichten.

Der Kongress will Ärzten, Verbrauchern, Krankenversicherern, Dritte Welt Gruppen, Politikern, Journalisten und anderen Interessierten das Konzept der 'Unentbehrlichen Arzneimittel' nahebringen und ein Diskussionsforum für Umsetzungsmöglichkeiten dieses Konzepts bieten.

Bitte benutzen Sie den beiliegenden Anmeldebogen. Falls er schon weg ist, telefonisch bestellen: Pharma-Kampagne 0521-60550.

Kongreßort:

Bielefeld 16.-18.10.1987

Kongreßsprachen:

deutsch, englisch, französisch

Alle Plenumsveranstaltungen werden simultanübersetzt.

Teilnehmerbeiträge:

Kommerzielle Einrichtungen	200,- DM
Berufstätige	100,- DM
Studenten, Arbeitslose	50,- DM

Wissenschaftliche Beratung:

Dr. Wilbert Bannenberg, Amsterdam

Anmeldung:

BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str.62, D-4800 Bielefeld 1

Wieviele Medikamente brauchen wir?

Beschränkte Medikamentenlisten in den USA und Europa können einen Anhaltspunkt dafür geben, wieviele Medikamente wirklich nötig sind, um den gegenwärtigen Stand der medizinischen Versorgung in Industrieländern aufrechtzuerhalten. Für die Behandlung der meisten Krankheiten in Praxis und Krankenhaus reichen wohl 500 Medikamente in 1000 Zubereitungsformen aus, aber zusätzliche Medikamente mögen bei Patienten mit einer ungewöhnlichen Kombination von Krankheiten oder zur Behandlung sehr seltener Symptome nützlich sein.

Die Weltgesundheitsorganisation hat mit ihrem Aktionsprogramm für unentbehrliche Medikamente eine Liste von 200-250 'unentbehrlichen Medikamenten' geschaffen. (1,2) Diese Liste hat einen spürbaren Einfluß auf das Ver-

schreibungsverhalten und die Erhältlichkeit von Medikamenten in vielen Ländern (3-5). Die Einsparungen bei Medikamenten von fragwürdigem Wert und bei neuen und teuren Produkten hat wichtige
(Fortsetzung Seite 4)

Weniger Medikamente - Bessere Therapie

Internationaler Kongreß in Bonn

Freitag

- 18.00 Anmeldung, Abendessen
- Das gegenwärtige Chaos
- 20.00 **Die Situation in Industrieländern** Dr. D. Paffrath, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, BRD
- 20.30 **Die Situation in der Dritten Welt** Dr. Mira Shiva, Voluntary Health Association of India, Indien
- 21.00 Pause
- 21.15 Vom Mythos der Verschreibungsfreiheit NN
- 21.45 Weniger Medikamente - Bessere Therapie Charles Medawar, GB
- 22.15 Ende

Samstag

- ab 9.00 Markt (Bücher, Ausstellung)
- 9.30 Der rationale Gebrauch von Arzneimitteln - Ein universelles Konzept Dr. E. Lauridsen, Direktor des Aktionsprogramms für unentbehrliche Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation (angefragt)
- Einige positive Erfahrungen
- 10.00 **Generische Verschreibung** NN, Schweden
- 10.20 **Standardtherapieliste für niedergelassene Ärzte** Dr. George Grant, Universität Newcastle, GB
- 10.40 Pause
- 11.00 **Wie arbeiten Krankenhauslisten?** Joe Collier, St. George's Hospital, Universität London, GB
- 11.20 **Positiv-/Transparenzlisten in der BRD** Dr. Gerd Glaeske, Pharmakologischer Beratungsdienst der AOK im Kreis Mettmann, BRD
- 11.40 **Nationale Behandlungsschemata: Das Beispiel Zimbabwe** Jane Moffatt, ehem. Mitglied des Komitees für unentbehrliche Arzneimittel, Zimbabwe, GB
- 12.00 **Gesunde Zulassungspraxis: Das Beispiel Norwegen** NN, Norwegen
- 12.20 **Nationale Medikamentenpolitik in Bangladesh** Dr. Zafrullah Chowdurhy, Gonoshastaya Kendra, Bangladesh
- 13.00 Mittagessen

apie. Von der Dritten Welt lernen?

lefeld vom 16.-18.10.1987

14.30

Workshops

- 1) **Verbraucher: Vom armen Schlucker zum aktiven Patienten** Gerd Monheim, WDR Fernsehen, BRD (angefragt); Ingrid Schubert, Patientenstelle München, BRD
- 2) **Hilfen für den einzelnen Arzt: Listen und Informationsquellen** Dr. Gerd Glaeske; Dr. George Grant; Dr. Günther Hildisch, BRD; Marc Bounicon, Projet Archimede, Belgien; Wolfgang Becker-Brüser, arznei-telegramm, BRD (angefragt)
- 3) **Mit Krankenhauslisten arbeiten** Dr. Joe Collier; Dr. Andrew Herxheimer, GB; Dr. R.Kilian, Leitender Krankenhausapotheker, Heilbronn, BRD; Hermann Schulte-Sasse, Institut für klinische Pharmakologie Bremen, BRD
- 4) **Nationale Medikamentenpolitik: Wo muß sich etwas ändern?** Dr. Nord, Boehringer Mannheim, BRD; Prof. Quiring, Berlin, BRD; Prof. Peter Schönhöfer, Bremen, BRD; Dr. Wilhelm Schröder, IGES, BRD
- 5) **Der internationale Medikamentenmarkt** Gerardo P. Andamo, Health Action Information Network, Philippinen; Dr. Zafrullah Chowdurhy; Dr. Axel Granitza, Schering AG, BRD; Prof. Reich, Zentrum für europäische Rechtspolitik (ZERP), BRD; Dr. Mira Shiva;

16.00

Pause

16.15

Fortsetzung Workshops

18.30

Abendessen

20.00

Medien, Kulturprogramm

Sonntag

ab 9.00

Markt (Bücher, Ausstellung)

9.30

Perspektiven einer rationalen Arzneimittelpolitik in Europa
NN

10.00

Europas Verantwortung für die Dritte Welt: Rationale Exportpolitik Frau Mary Banotti, Mitglied des Europaparlaments, Irland (angefragt)

10.30

Pause

11.00

Wie können wir eine rationale Medikamentenpolitik verwirklichen?
(Podiumsdiskussion mit Workshop-Leitern)
Moderation: Charles Medawar

13.00

Ende des Kongresses

ökonomische Folgen nicht nur für die betroffenen Länder, sondern auch für die Pharmaindustrie. Die Einführung einer solchen restriktiven Medikationspolitik auch in reicheren Ländern hat bei dort zum Teil heftige Reaktionen ausgelöst.(6) Verbraucherorganisationen fordern jedoch weniger Medikamente und sie werden dabei von vielen führenden Fachleuten unterstützt.(7)

Während es ziemlich einfach ist, den Grundbedarf an unverzichtbaren Medikamenten festzulegen, ist es ziemlich schwierig zu definieren, welche Medikamente es in einem Gesundheitssystem geben sollte, das keinen schwerwiegenden ökonomischen Grenzen unterworfen ist. Einige jüngere Versuche beschränkte Medikamentenlisten in Industrieländern zu schaffen werden im Folgenden aufgezeigt.

Lange Erfahrungen in den USA

Das New York Hospital setzte Anfang der 30er Jahre Medikamenten- und Therapiekomitees ein, die beschränkte Medikamentenlisten erstellten.(9) Solche Listen wurden später in fast allen größeren Krankenhäusern der USA eingeführt.

Rucker & Visconti untersuchten 1976 die Listen in 52 Krankenhäusern, darunter waren 44 Universitätskliniken, im Mittel fanden sie 641 Medikamente in den Listen (ohne Zählung der verschiedenen Zubereitungsformen und -stärken). Die kürzeste Krankenhausliste umfasste 380 Medikamente, die längste 1329. Die Lehrkrankenhäuser brauchten weniger Medikamente als die Nicht-Universitätskliniken. Ungefähr 30% der Medikamente waren Kombinationspräparate und eine Liste umfasste durchschnittlich 450 Wirkstoffe.

Großbritannien

Aus Großbritannien gibt es eine Reihe von Berichten über die unabhängige Auswahl von Medikamenten während der letzten 10 Jahre. Eine Gruppe Londoner Ärzte, schaffte es, sich durch fortlaufende Überprüfung des Verschreibungsverhaltens auf eine Liste von 245 Medikamenten zu beschränken.(11) Ein ähnliches Projekt in Newcastle wählte 137-145 Medikamente aus, die zur Behandlung von 90% aller Krankheiten in der Praxis ausreichten.(12)

Eine gemeinsame Medikamenten- und Therapiekommission von mehreren Krankenhäusern des Bezirks Wandsworth (London) arbeitet seit 1971;(13) Seine Medikamentenliste umfasst ungefähr 2.000 Zubereitungsformen der 18.000 in Großbritannien erhältlichen Mittel und wurde inzwischen von zwei Nachbarbezirken übernommen.

Italien

Das lombardische Regionalzentrum für Medikamenteninformation setzte 1977 eine Arbeitsgruppe von praktischen Ärzten und klinischen Pharmakologen ein, die eine Medikamentenliste für niedergelassene Ärzte erarbeiten sollte.(15) Das Ergebnis war ein Verschreibungsführer der 400 Medikamente enthielt. Dabei wurden 352 Medikamente als von gesichertem therapeutischen Nutzen eingeschätzt und 34 von zweifelhaftem Wert.

Skandinavien

In Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden werden wesentlich weniger Medikamente vermarktet als in den meisten anderen europäischen Ländern. In Norwegen gibt es die bislang einmalige Situation, daß Medikamente nur dann zugelassen werden, wenn es eine dokumentierte medizinische Notwendigkeit dafür gibt (need clause).(16) Eine solche Regelung fehlt in Schweden, wo dennoch mehr als Wirksamkeit und Sicherheit für die Zulassung verlangt wird: Alle Produkte müssen zusätzlich "medizinisch geeignet" sein.(17)

Die "need clause" in Norwegen hat dazu geführt, daß das Angebot einer vollständigen eingeschränkten Medikamentenliste ziemlich nahe kommt. (16) Alle Zulassungen in Norwegen werden nach 5 Jahren überprüft. Sind inzwischen neuere und sicherere Produkte auf den Markt gekommen, werden die überflüssig gewordenen verboten.

Zur Zeit gibt es in Norwegen 1900 Zubereitungsformen auf dem Markt, das entspricht etwa 800 Wirkstoffen und 1100 Markennamen. Weil die "need clause" relativ großzügig gehandhabt wird, gibt es einige Medikamente, die in ihrer therapeutischen Wirkung anderen vorher zugelassenen Mitteln entsprechen und es gibt Wirkstoffe, die unter mehreren Markennamen verkauft werden. All diese Mittel sind aus streng medizinischer Sicht überflüssig. Es gibt einen Überfluß an Neuroleptika, Diuretika und Antihistaminen. Es gibt zwischen drei und sechs Markenprodukte von wichtigen nicht mehr patentgeschützten Medikamenten wie Penicillin. Aber die meisten weniger gewinnträchtigen Mittel gibt es nur von einem Hersteller.

Einige nützliche Medikamente sind nicht zugelassen und können nur mit einer patientengebundenen Lizenz eingesetzt werden. Dieses Vorgehen ist nötig, weil manche Firmen den umständlichen Zulassungsprozeß für einen relativ kleinen Markt wie Norwegen scheuen.

Wenn man das Medikamentenangebot anschaut, muß man bedenken, daß einige verbreitete Krankheiten

der Dritten Welt in Skandinavien kein Gesundheitsproblem sind. Dennoch zählen die nicht zugelassenen Medikamente, die für die Behandlung eingeschleppter Fälle solcher Krankheiten gehören, zu den notwendigen Medikamenten.

Die optimale Anzahl wichtiger Medikamente kann nicht direkt von der norwegischen Medikamentenliste abgeleitet werden: Wie bereits oben erläutert, sind einige Mittel überflüssig, andererseits müssten einige wenige Medikamente zugefügt werden.

Welche Anzahl reicht?

Medikamentenlisten für niedergelassene Ärzte enthalten keine Mittel für die Behandlung von Intensivstationpatienten. Andererseits werden auch nicht alle Medikamente für ambulante Pflege im Krankenhaus benötigt. So ergänzen sich Krankenhauslisten und Listen für die Praxis in gewisser Weise.

Die begrenzten Medikamentenlisten in verschiedenen Ländern weisen eine erhebliche Bandbreite auf, dennoch scheinen die Experten für Industrieländer deutlich mehr als 200-250 Medikamente für notwendig zu halten. Die vorhandenen Veröffentlichungen und das Beispiel Norwegen legen nahe, daß 500 Wirkstoffe und etwa 1000 Dosierungsformen für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in Industrieländern nötig sind. Um keinem Patienten die optimale Behandlung vorzuenthalten, müßten Wege gesucht werden, für bestimmte Einzelfälle auch Medikamente außerhalb einer Liste unentbehrlicher Arzneimittel nutzen zu können. Die in Skandinavien praktizierte Möglichkeit eine patientengebundene Lizenz zu vergeben, mag hier eine brauchbare Lösung bieten.

Dieser Artikel basiert auf einem Beitrag von Olav M. Bakke, How many drugs do we need?, erschienen im World Health Forum Vol. 7, 1986, S.252-255

1) The selection of essential drugs, Genf, WHO, 1977 2) The selection of essential drugs, Genf, WHO, 1985 3) Lionel, Trends in pharmacological sciences, 2(5) 1981, S.1-11 4) N. Islam, Lancet 1, 1985, S.1044 5) C. Medawar, Drugs and World Health, IOCU/HAI, Den Haag 1984 6) T. Smith, British medical journal Nr.290, 1985, S.532-534 7) Editorial, British medical journal Nr.289, 1984, S.1397-1398 8) F. Gross, Trends in pharmacological sciences, 1 (14), 1980, S.I-IV 9) N. Weintraub, The United States. In: W.M. Wardell (Hrsg.), Controlling the use of therapeutic drugs, Washington 1978 10) T.D. Rucker und J.A. Visconti, How effective are drug formularies?, Washington 1978 11) J.M. Harding u.a., British medical journal Nr.290, 1985, S.450-453 12) G.B. Grant u.a., Lancet 1, 1985, S.1030-1032 13) J. Collier und J. Foster, Lancet 1, 1985, S.331-333 14) Lancet, 1, 1985, S.532f. 15) G. Tognoni, Lancet, 1, 1978, S.1352f. 16) O.M. Bakke, Hospital formulary, 19, 1984, S.411-421 17) L.E. Böttinger, Sweden. In: W.M. Wardell a.a.o.