

VDPP - Rundbrief

NR. 13 Juni 1992

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

ERWARTUNGEN AN DIE
MITGLIEDERVERSAMMLUNG

AUF- BRUCH?



Inhaltsverzeichnis

Berichte und Kommentare

- Bericht des Vorstandes Seite 3
- Protokoll der Vorstandssitzung Seite 4
- Stellungnahme des VDPP Seite 7
- Bericht zur Sozialpharmazie Seite 9
- Seminarplanung "Sozialpharmazie" Seite 15
- Bericht vom Frauenseminar Seite 17
- Bücherliste Seite 18
- "Sucht ist weiblich" Seite 19
- Geschichte der Apothekerin Seite 22

Berichte aus den Regionen

- Berlin, Delegiertenversammlung Seite 23
- Berlin, Apothekerversorgung benachteiligt Kindererziehende Seite 25
- Berlin, Diskussion mit Karl-Hermann Haack Seite 25
- Berlin, Symposium "Rationale Arzneimittelversorgung" Seite 26
- Berlin, Studententagung Seite 27
- Hamburg, Pharmazie in Indien Seite 29

Buchbesprechungen

- "Mythos Tierversuche" Seite 30
- "Menschen, Tiere und Chemie" Seite 31

Änderungen und Ergänzungen zum

Programmentwurf Seite 33

Ankündigungen, Stellenanzeigen Seite 36

Termine Seite 37

Adressen Seite 38

Impressum

Der *Rundbrief* ist eine Veröffentlichung des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten.

Redaktion: Christa Augustin (CA), Gerd Glaeske (GG), Thomas Hammer (TH), Christiane Hefendehl (CH), Hanne Lederer (HL), Udo Puteanus (UP) und Thomas Schulz-Schalge (TS).

V.i.S.d.P.: Gudrun Hahn, c/o Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, 2000 Hamburg 13 (Tel.: 040 / 45 87 68). Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der Autor die volle Verantwortung.

SPENDEN sind auf dem Konto des Vereins gern gesehen: Kto-Nr. 200 47 - 105, Postgiro Berlin, BLZ 100 100 10

Editorial

Vorab möchten wir uns für die mögliche Verspätung des Rundbriefes entschuldigen. Geplant war eigentlich, daß der Rundbrief eine Woche vor der Mitgliederversammlung bei den Mitgliedern ist, diesen Termin konnten wir leider nicht einhalten, tut uns leid!

Seit der letzten Mitgliederversammlung in Bad Harzburg haben wir, die Rundbrief-Redaktion, sechs Rundbriefe zusammengestellt. Konstruktive Kritik und Zustimmung hat das Layout und den gesamten Rundbrief - unseres Erachtens - positiv beeinflusst und uns gut motiviert. Auch von Seiten der Mitglieder ist inzwischen viel Material an uns herangetragen worden, hoffentlich hält diese Tendenz weiterhin an.

Nach einem Jahr Zusammenarbeit in diesem Kreis zeichnet sich allerdings eine Änderung ab, Thomas Schulz-Schalge wird aus beruflichen Gründen für den Rest des Jahres 1992 nicht mehr für die Mitarbeit zur Verfügung stehen.

Auch ohne das vorläufige Ausscheiden von Thomas wäre der Zugang von neuen Leuten mit neuen Ideen an der Zeit. Sprecht mit uns auf der Mitgliederversammlung oder schreibt an Udo Puteanus, Seelingstraße 56, W-1000 Berlin 19. Wir würden uns über Verstärkung sehr freuen.

In diesem Rundbrief stehen im Mittelpunkt ein Übersichtsartikel zur Sozialpharmazie (an der Zahl der Artikel zu diesem Thema erkennt man die Bedeutung) und Berichte vom Frauenseminar. Weiterhin finden sich Berichte über verschiedene Aktivitäten, und Buchbesprechungen zum Thema "*Tierversuche*".

Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief ist der **20. Juli 1992**. Bitte richtet Eure Kommentare und Briefe an:

Udo Puteanus, Seelingstraße 56, W-1000 Berlin 19.

Bis demnächst in Hohenroda,

die Redaktion

Berlin, im Mai 1992

Liebe Vereinsmitglieder, liebe am Verein Interessierte

Wieder einmal hat das Wetter den Frühling übersprungen und es ist Sommer - wie jedes Jahr Zeit für Rückblick und Vorschau.

Das letzte Jahr stand für den VDPP im Zeichen der Programmdiskussion - nach den drei Anfangsjahren erfolgt nun eine Überarbeitung und Anpassung des Programmes an die neuen Entwicklungen. Ein bißchen fühlte ich mich dabei im "Elfenbeinturm"- nicht nur wegen der unbefriedigenden Diskussion um den Vereinsnamen. Auseinandersetzung mit der gesellschaftspolitischen Situation im zusammengeführten Land -spricht: Aufschwung Ost (die schönsten Läden in der ehem. DDR sind fast überall die Apotheken)/ Depression Ost (kein Interesse an gesundheitspolitischer Vereinsarbeit in den neuen Ländern) fand nur am Rande statt.

Und kein Interesse an der weiteren Entwicklung in Europa - das EG-Seminar fiel wegen zu geringer Beteiligung auch beim 2. Termin aus.

Ein großer Erfolg war unsere Ausstellung, die Veranstaltung und Busrundfahrt am letzten Apothekertag in Berlin.

Ein großes Lob geht an die Redaktionsmitglieder des Rundbriefes, der immer besser wird.

Der "*Referent für Öffentlichkeitsarbeit*" hat den Vorstand, insbesondere die geschäftsführenden Vorstandsmitglieder wesentlich entlastet, aber Udo hat bereits über mangelnde Anregungen und fehlende Rückkopplung der Vorstandsmitglieder geklagt.

Hat sich das Problem: "*Wie motiviert der Vorstand die Vereinsmitglieder*" nur verlagert auf "*wie motiviert Udo uns Vorstandsmitglieder*"?

Auf rege Diskussion und viele freundschaftliche Gespräche bei der Mitgliederversammlung freut sich

Eure Regina

Protokoll der VDPP-Vorstandssitzung am 25./26. April 92 in Hamburg

Anwesend: Thomas Hammer, Anita Maas, Hanne Lederer, Regina Schumann, Dorothea Hofferberth, Gudrun Hahn; Udo Puteanus, Thomas Schulz-Schalge, Gudrun Meiburg; Christa Augustin (nur Sa), Gerd Glaeske entschuldigte sich für seine Abwesenheit.

1. Tagungsleitung übernahm Dorothea Hofferberth, **Protokoll:** Gudrun Hahn

2. Das Protokoll von Coppnabrügge wurde in der vorliegenden Form angenommen.

Probleme, die sich aus dem Protokoll ergaben: Kontenänderungen führen zu Rücklastschriften, für die wir jeweils mit DM 5 belastet werden. In jedem Rundbrief soll von nun an ein Hinweis darauf erscheinen, daß Mitglieder uns umgehend Adressen- und Konten-änderungen anzeigen.

3. Bericht des Vorstands

Seit Juni 91 sind 19 Mitglieder eingetreten und 2 ausgetreten.

Zur Zeit zählt der Verein 149 Mitglieder.

Anita organisierte den technischen Teil des Programmseminars; es gab dabei keine Probleme.

Hanne nahm in Ravensburg an einem Gesprächskreis für Mediziner und Pharmazeuten teil. Gerd Glaeske war dabei Referent. Hanne will die Kontakte zu dem Arbeitskreis aufrechterhalten.

Berichte der Regionalgruppen:

Berlin prosperiert.

Hamburg vegetiert dahin. Es wird angeregt, den Kontakt mit der Werkstatt Gesundheit zu pflegen.

Niedersachsen: Das nächste Treffen hat am 2. Mai stattgefunden.

Nordrhein-Westfalen: Auf Udos Anregung fand ein erstes Treffen in Düsseldorf statt. Es trafen sich etwa zehn Mitglieder, überwiegend männliche Selbständige. Wegen der großen Entfernungen in dem Flächenstaat ist zu überlegen, ob eventuell ein Treffen im Westfalen-Raum organisiert werden kann.

4. Kassenbericht

Kontostand am 21.4.92

Post: 11.106 DM

Bank 6.342 DM

Unsere monatlichen Belastungen belaufen sich etwa auf 300 DM.

Buchführung und technische Sekretariatsarbeit erledigt Gudrun Meiburg aus der Fleming Apotheke zu unserer aller Zufriedenheit. Es wird einstimmig der Beschluß gefaßt, Gudruns Gehalt um 20 DM auf 200 DM monatlich zu erhöhen.

Das Vereinsjahr ist laut Satzung das Kalenderjahr. Da wir unsere Mitgliederversammlung immer erst im Juni abhalten, ergibt sich daraus das Problem, über welchen Zeitraum dort Rechenschaft abgelegt werden soll und über welchen Zeitraum ein Finanzplan vorgelegt werden sollte.

In diesem Jahr soll:

- Die Jahresabrechnung für 1991 vorgelegt werden,
- eine Übersicht der Ein- und Ausgaben von Jan.92 bis 30.5.92,
- und ein Finanzplan für 92 und für 93.

Nicht-zahlende-Mitglieder:

Trotz mehrfachem Anschreiben zahlen 2 West- und 5 Ostmitglieder ihren Beitrag nicht. Udo wird sie ein letztes Mal anschreiben und ihnen eine Zahlungsfrist bis 30.6.92 setzen. Sollten bis dahin keine Zahlungen eingehen, stellt der VDPP alle Leistungen ein. Auf die Regelung in unserer Satzung §4.6 muß hingewiesen werden.

5. Udos Tätigkeitsbericht

Udo legte einen schriftlichen Tätigkeitsbericht vor, dem eine knapp einseitige Kritik der Vorstands- und Vereinsarbeit folgte.

Die wichtigsten Punkte:

Mithilfe bei Veröffentlichungen, vor allem im Zusammenhang mit unserer Ausstellung,

Erstellen eines Werbefaltblattes,

Mitarbeit bei Seminaren: Programm-, Sozialpharmazie-,

Erarbeiten eines Verteilers für Pressemitteilungen,

Schriftverkehr mit Mitgliedern.

Kritik und Anregung:

Die Rückkopplung mit den Vorstandsleuten läßt zu wünschen übrig, Adressen von Vereinsinteressierten können an Udo weitergegeben werden. Er schreibt diese dann persönlich an.

Der Vorstand erlaubt Udo, mehr zu telefonieren als bisher, wenn es für eine effektivere Vereinsarbeit sinnvoll ist.

Themen an denen wir bisher noch nicht gearbeitet haben:

Legalisierung von Cannabis
kontrollierte Heroinabgabe.
Tierversuche pro und contra

Es wird beschlossen, von jetzt an zu jeder Vorstandssitzung ein Sachthema vorzubereiten und zu diskutieren.

Nächstes Thema: Apothekenspezifische Aspekte der Ersatzdrogenabgabe und der Heroinabgabe.

Kostenbetrachtung: Inclusive Spesen haben wir für Udos Tätigkeit knapp 10.000 DM im halben Jahr ausgegeben.

Der Vorstand ist mit Udos Arbeit bisher sehr zufrieden.

Es wird einstimmig beschlossen, Udos Vertrag zu den bisherigen Bedingungen für zwei Monate zu verlängern.

Auf der Mitgliederversammlung soll erneut über eine Weiterbeschäftigung entschieden werden. Diese ist auch abhängig von Udos weiteren Berufsplänen.

6. Mitgliederversammlung 92

Es liegen 25 Anmeldungen vor. (Am Dienstag waren es schon 30)

Während der MV wird es einen Fachvortrag von Ton Kelder über das holländische Apothekensystem geben.

geplanter Tagesablauf:

Samstag:	9.30 - 12.30 h	Mitgliederversammlung
	14.30 - 16.00 h	Fortsetzung der MV
	16.30 - 18.30 h	Ton Kelder, Vortrag und Diskussion
Sonntag	9.30 - 12.00 h	MV, vor allem Programmverabschiedung

geplante Tagesordnung:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung des Protokolls der MV 1991 in Bad Harzburg
3. Neue Mitglieder
- 4a. Berichte des Vorstands
- b. Bericht des Referenten für Öffentlichkeitsarbeit (U.Puteanus)
- 5a. Bericht der Rechnungsprüfer
- b. Neuwahl der RechnungsprüferInnen
6. Finanzplan 92/93
7. Diskussion und Verabschiedung des neuen Programms
8. Diskussion der zukünftigen Arbeitsschwerpunkte des VDPP
9. Apothekertag 1992
10. Aktuelles /11. Verschiedenes

7. Apothekertag 92 in München

folgende Anträge wollen wir stellen:

- Offenlegung Zusammensetzung der Delegierten etc.
- Quotierung von Frauen/Männern
- Selbstbeteiligung
- zur Ausbildung, Udo bereitet das vor,
- zur Drogenproblematik, Hanne und Gudrun bereiten das vor

Eine inhaltliche Veranstaltung wäre sinnvoll, aber wir haben keine Idee.

8. Ausfall des EG-Seminars

Nachdem das EG-Seminar zweimal abgesagt wurde, hat sich eine Unsicherheit breitgemacht, ob wir mit unseren Planungen die Interessen der Vereinsmitglieder treffen.

Es gibt keine absolute Untergrenze, ab wann ein Seminar abgesagt werden sollte. Es hängt von dem jeweiligen Planungsaufwand ab

9. Termine 92/93

Diese Unsicherheit bestimmte auch die Diskussion um die Planung des Sozialpharmazieseminars. Es gibt 3 Vorschläge, wie so ein Seminar aussehen kann:

A. Wir machen eine "Zukunftswerkstatt" zu dem Thema "Zukunft des Apothekerberufs". Eine Zukunftswerkstatt ist ein kreatives Verfahren das nach einer Kritik- und Wahrnehmungsphase in eine Utopiephase eintritt und mit einer Konkretisierungsphase endet. Diese Methode wird von professionellen Moderatoren begleitet und kostet deshalb auch für ein Seminar ca 4000 DM. umgerechnet auf 20 Seminarteilnehmer kämen wir auf einen Seminarpreis von knapp 400 DM incl Verpflegung und Übernachtung (der Vorschlag wurde von Ingrid Schubert gemacht). Die Mehrheit sprach sich gegen eine Übernahme der Moderatorenkosten durch den VDPP aus.

B. Ein "traditionelles" Seminar. Ein Teil beschäftigt sich mit der Frage: Was ist Sozialpharmazie? Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Klärung unseres Standpunktes: Wenn wir vom Fach Sozialpharmazie in der Approbationsordnung reden, was soll nach unserer Meinung als Stoff vermittelt werden?

C. Auch ein traditionelles Seminar zum Berufsbild ist denkbar.

Im nächsten Rundbrief soll eine Umfrageaktion gestartet werden, um die Interessen(- und Finanz)lage der Mitglieder zu ergründen.

weitere Ideen:

Frühjahr/Sommer 93 ein Seminar zum Thema "Sozialwahlen" zusammen mit dem VdÄÄ. (siehe Rundbrief 11, S.6-7 Ingeborg Simon)

Udo wird die Idee weiter ausarbeiten und prüfen, inwieweit das Thema von breiterem Interesse ist oder durch die ötv ausreichend bearbeitet wird.

Frauenseminar 93 im Mai

Geplant ist ein geschichtliches Thema: Geschichte des Frauenberufs "Apothekerin". Vor 100 Jahren wurde die erste Frau zum Studium zugelassen. evtl: Die Entstehung des Helferinnenberufs.

Mitgliederversammlung:

Als Ort wurde mit fallender Priorität vorgeschlagen:

1. Würzburg, 2. Frankfurt, 3. Bonn

Idee: ein Seminar über Ökologie in der Apotheke, vielleicht in Hamburg

nächste Vorstandssitzung: in Isny 15./16. August 92

10. Rundbrief

Der Vorstand spricht der Rundbriefredaktion ein großes Lob aus. Die Zeitung wird immer besser.

Falls jemand nur den Rundbrief abonnieren will, ohne dem Verein beizutreten, halten wir einen Jahrespreis für 60 DM für angemessen.

11. Verschiedenes

Udo erstellte eine zweiseitige Stellungnahme zum Thema: Qualitätssicherung und Kostendämpfung im Arzneimittelbereich.

Nach kurzer Diskussion wurde das Papier angenommen. Udo wird es entsprechend dem Presseverteiler veröffentlichen.

12. Neues Programm

Der Programmvorschlag, wie er im Rundbrief abgedruckt ist, wurde durchgesehen. Änderungsvorschläge dazu stellt Gudrun Hahn als Tischvorlage für die MV zusammen. Auf der MV soll das Programm angenommen werden.

Für eine Namensänderung sieht der Vorstand zur Zeit keinen Handlungsbedarf.

Ende Sonntag 12.30 h.

Gudrun Hahn

QUALITÄTSSICHERUNG UND KOSTENDÄMPFUNG BEI ARZNEIMITTEN

Im Vorfeld neuer Überlegungen zur Kostendämpfung werden im Bereich der Arzneimittelversorgung von verschiedenen Seiten wieder neue Modelle zur "Selbstbeteiligung" in die Diskussion gebracht.

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) lehnt Selbstbeteiligungsregelungen ab, die das Prinzip der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung immer weiter unterhöhlen und allein die Patienten belasten:

- Selbstbeteiligungsmodelle belasten immer die Kranken. Die gesunden Versicherten haben dadurch Vorteile, weil durch hohe Selbstbeteiligung die Krankenversicherung entlastet wird. Der Nachteil, krank zu sein, wird noch mit zusätzlicher finanzieller Belastung bestraft. **Dies bedeutet eine Entsolidarisierung zwischen Kranken und Gesunden.**

- Prozentuale Selbstbeteiligungsmodelle belasten diejenigen, die viele Arzneimittel benötigen und verbrauchen. Dies sind vor allem die Versicherten über 60 Jahre, die zwar nur ca. 20% der Gesamtversicherten ausmachen, die aber über 50% aller Arzneimittel bekommen. **Hieraus entsteht eine Entsolidarisierung zwischen jung und alt.**

- Die Ausgaben für die Selbstbeteiligung stellen zusätzliche Beitragsbelastungen für die Arbeitnehmer dar, die doch bereits mit ihren Monatsbeiträgen eine Eigenbeteiligung an der gesetzlichen Krankenversicherung aufbringen. Der Unterschied zwischen Monatsbeiträgen und der Selbstbeteiligung: die Arbeitgeber zahlen keine anteiligen Beiträge wie bei "normalen" Beiträgen. Arbeitnehmer werden demnach zusätzlich belastet, obwohl nachweislich viele mit Arzneimitteln behandelte Erkrankungen auf die Folge der Arbeit zurückzuführen sind. **Dies bedeutet eine Privatisierung von gesundheitlichem Risiko.**

Selbstbeteiligungsmodelle treffen nur Patienten, nicht aber Leistungsanbieter. Der Pharmazeutischen Industrie der alten Bundesrepublik, dem einflußreichsten Leistungsanbieter, ging es aber noch nie so gut wie heute. Das zeigen die Wirtschaftsseiten der Zeitungen nur allzu deutlich. Dabei zahlen die gesetzlichen Krankenversicherungen immer noch weit mehr als 5 Milliarden DM für Arzneimittel, deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen umstritten ist. Hier gibt es gute Voraussetzungen für wirklich sinnvolle kostendämpfende Maßnahmen.

Das wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) hat die wirtschaftlichen Belastungen, die durch eine 15%ige Selbstbeteiligung im Arzneimittelbereich auf die Patienten zukommen, in einer Modellrechnung ermittelt. Danach werden sie mit durchschnittlichen Steigerungen von 45% beim Arzneimittelzuschlag belastet. Rentner sind aufgrund ihres altersbedingten Mehrverbrauchs an Medikamenten überdurchschnittlich mit Steigerungsraten von 58% betroffen.

Dieses Mißverhältnis von Unternehmergewinnen und finanziellen Belastungen der Patienten ist ein Skandal. Zunächst müssen alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die Ausgaben der Gesetzlichen

Krankenversicherung bei gleichzeitiger Verbesserung der Arzneiversorgungsqualität zu senken, bevor über weitere Finanzierungsmodelle diskutiert werden kann.

Die anfängliche Euphorie über Preissenkungen in Festbetragssegmenten des Arzneimittelmarktes ist inzwischen einer nüchternen Bestandsaufnahme gewichen. Weniger als die Hälfte aller Verordnungen wird von den Festbeträgen erfaßt, Preisanhebungen durch die pharmazeutische Industrie im festbetragsfreien Raum bzw. die Veränderungen im Ordnungsverhalten der Ärzte hin zu neueren und damit teuren, nicht festbetragsgebundenen Arzneimitteln haben die Hoffnungen auf weitere Einsparungen platzen lassen.

Zudem wurden abhängigkeiterzeugende (Bsp. Benzodiazepine) und in ihrer Wirksamkeit umstrittene Arzneimittel (Bsp. durchblutungsfördernde Mittel) durch die Aufnahme in den Festbetragsbereich "geadelt", anstatt ihre Verschreibungsfähigkeit zu erschweren.

An den genannten Beispielen zeigt sich, daß das Festbetragskonzept letztlich trotz des großen bürokratischen Aufwands bei seiner Konzipierung und Umsetzung gescheitert ist. Neue Zuzahlungsregelungen erfordern erneut einen großen bürokratischen Aufwand, da Selbstbeteiligungsbeträge zurückgefordert werden können, die über 2 % bzw. 4 % des Jahresbruttoeinnahmens des einzelnen Versicherten hinausgehen. Die Nachweise hierüber sind nämlich von den einzelnen Kassen zu überprüfen.

Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung ist es, die Arzneimitteltherapie als qualitativ abgesicherte, wirksame und kostengünstige Therapie für die Kranken zu finanzieren. Dieser Aufgabe kann sie am ehesten gerecht werden, wenn sie den verschreibenden Ärzten die notwendigen industrieunabhängigen Informationen über Arzneimittel zukommen läßt. In diesem Zusammenhang soll an die Positivliste als adäquates Hilfsmittel erinnert werden, die von einem Krankenkasseninstitut unter ärztlicher Beratung erstellt und halbjährlich aktualisiert werden könnte. Eine Verbesserung der Qualität der Arzneiverordnung bei gleichzeitiger Kostenentlastung wäre langfristig auf diese Weise zu erreichen.

Statt wiederum einkommensschwächere Patienten mit neuen finanziellen Opfern zugunsten einer oftmals unsinnigen Arzneitherapie zu belasten, müssen jetzt endlich Mechanismen gefunden und umgesetzt werden, die einer kostengünstigen und qualitätssichernden Arzneitherapie gerecht werden.



(Die Stellungnahme ging am 02.06.1992 an 31 Tages- und Wochenzeitungen)

Vorbemerkung der Redaktion: Der folgende Artikel ist in veränderter Form bereits in der DAZ erschienen. Zur Vorbereitung des geplanten Sozialpharmazie-Seminars (siehe Fragebogen Seite 15) haben wir Ingrid Schubert um eine leicht aktualisierte Fassung ihres Übersichtsartikels gebeten.

Sozialpharmazie.

Ein Universitätslehrfach im Pharmaziestudium im internationalen Vergleich.

Ein Bericht über ein Fachseminar von
Ingrid Schubert, Gütersloh

Die Pharmaziestudentinnen und -studenten der Technischen Universität Braunschweig waren zu beneiden! Für sie fand von Frau Prof. Erika Hickel und ihren MitarbeiterInnen organisiert, am 20./21. Oktober 1990 ein außergewöhnliches Seminar zur Erweiterung ihres Lehrangebotes mit ReferentInnen und Gästen aus dem In- und Ausland statt. Vorgestellt wurde die an zahlreichen ausländischen sowie an den Universitäten in Greifswald, Halle und Berlin-Ost als Lehr- und Forschungsfach verankerte Sozialpharmazie. Daran schloß sich eine lebhaft Diskussionsrunde an, verbunden mit der Forderung nach Aufnahmen der Sozialpharmazie in die Approbationsordnung.

Einer der wichtigsten Gründe dieses Seminar durchzuführen, war, so Frau Prof. Hickel, die Vereinigung Deutschlands, die für der Pharmazieausbildung die Situation herbeiführte, an drei Universtitäten ein Hochschulfach vertreten zu haben, das nach der z.Z. gültigen Approbationsordnung nicht vorgesehen ist. Grund genug, über ein in der "Alt"- Bundesrepublik weitgehend unbekanntes Fach aus erster Hand zu informieren und die verschiedenen Ansätze im Fach

Sozialpharmazie in Skandinavien, USA und Ostdeutschland zu vergleichen. Neben den eingeladenen Referenten und Referentinnen waren noch Lehrende der Sozialpharmazie aus Dänemark, Holland und der Schweiz angereist, die das Bild des Faches abrundeten.

Nicht unerwähnt bleiben sollen die Schwierigkeiten mit der Finanzierung dieses Seminars. Insbesondere die Antwort des AOK-Bundesverbandes läßt aufhorchen. Eine Unterstützung wurde mit der Begründung abgelehnt, daß "zur Lösung der Probleme auf dem Arzneimittelmarkt, der sich durch Überkonsum, zum Teil mangelnde Qualität und hohe Kosten auszeichnet, (...) weniger die Integration des Faches Sozialpharmazie in den pharmazeutischen Studiengang vonnöten (wäre), als vielmehr die Verbesserung der pharmazeutischen Ausbildung der Ärzte....(Der Arzt) nimmt die Schlüsselstellung bei der Verordnung der Medikamente ein. Der Apotheker gibt das verordnete Präparat lediglich an den Patienten ab, wobei wir seine Rolle und Verantwortunganerkennen" (Brief des AOK - Bundesverbandes vom 10.9.90). Der Bundesverband führt noch weiter aus, daß er industrieunabhängige Informationen über den Arzneimittelmarkt für notwendig erachte und sich hier engagiere. Bedenkt man vor dem Hintergrund des § 1 der Bundes-Apothekerordnung diese und andere ablehnende Antworten, kann man - so das Fazit von Frau Prof. Hickel - eigentlich nur zu dem Schluß kommen, daß es den ApothekerInnen nicht gelungen ist, die wichtigen Institutionen von ihrer Mitwirkungsmöglichkeit an der Lösung der genannten Probleme zu überzeugen.

Was versteht man eigentlich unter dem Fach Sozialpharmazie?

Die Vorträge verdeutlichten, daß man international ähnliche Definitionen gewählt hat, dennoch der definitorische Rahmen in den verschiedenen Ländern unterschiedlich ausgefüllt wird.

Mit Sozialpharmazie, als Synonyme finden wir Bezeichnungen wie "Public Pharmacy", "Social and Administrative Pharmacy", soll ganz allgemein die Beschäftigung mit der "gesellschaftlichen Seite" der Pharmazie bezeichnet werden. Sozialpharmazie befaßt sich mit dem "Verhältnis zwischen Patienten und Arzneimittel, zwischen dem Pharmazeuten und

dem Patienten und zwischen Arzneimittelversorgungssystem und dem Gesundheitswesen sowie der Gesellschaft als Ganzem" (L.-E. Fryklöf). Mit anderen Worten, die Sozialpharmazie untersucht "Bedingungen, Probleme und Konsequenzen, die sich bei der Umsetzung von Ergebnissen der pharmazeutischen Wissenschaften in die gesellschaftliche Praxis ergeben" (M. Schaefer). Sozialpharmazie versteht sich methodisch als interdisziplinäres Fach, das z.B. sozialwissenschaftliche, psychologische und ökonomische Theorien und Methoden anwendet. Darüber hinaus begreift sie sich als eine pharmazeutische Disziplin, deren Herausforderung darin besteht, eine Brücke zwischen Naturwissenschaft und Gesellschaftswissenschaft zu bauen.

Dr. Lars-Einar Fryklöf aus Schweden gab einen internationalen Überblick über das Fach, das für ihn eine neue pharmazeutische Kenntnisbasis - die der Gesellschafts- und Verhaltenswissenschaften - gleichberechtigt neben den chemisch-technologischen und biologischen Wissenschaften als Teildisziplinen der Pharmazie darstellt (Abb.1). Die Notwendigkeit für diese dritte pharmazeutische Kenntnisbasis sieht Fryklöf in den mit der Arzneimittelversorgung auftretenden Problemen wie z.B. Non-compliance, Fehlgebrauch oder die Kostenfrage. Ein weiteres Moment sieht er im sich allmählich durchsetzenden Paradigmenwandel von Gesundheit und Krankheit und der damit veränderten Sicht des Menschen. Langfristig fordert Fryklöf deshalb eine notwendige Umorientierung der Apotheker von der Produkt- auf die Patienten- bzw. Verbraucherorientierung, denn s.E. kann das Arzneimittel "nur als integrierter Teil einer patientenorientierten Gesundheitsdienstleistung wirksam werden". Um diese Dienstleistung erbringen zu können, bedarf es eines erweiterten Lehrangebots für Pharmazeuten an den Hochschulen¹.

In seiner Eigenschaft als Herausgeber des Journal of Social and Administrativ Pharmacy (JSAP) konnte

¹ Als Hochschulfach ist die Sozialpharmazie in Ost- und Nordeuropa, in Holland, Belgien und Großbritannien, ebenso seit 1990 an allen 24 pharmazeutischen Fakultäten in Italien vertreten. Außerhalb Europas wird das Fach in Kanada, den Vereinigten Staaten, Mexiko, Neuseeland, Australien und Japan gelehrt.

Fryklöf eine Übersicht über die internationale Forschung - wie sie sich im JSAP abbildet - geben (Abb.2)

Geordnet nach Themenschwerpunkten rangierten Veröffentlichungen zur Analyse des Arzneimittelversorgungssystems an erster Stelle, gefolgt von Aufsätzen über Probleme im Zusammenhang mit der Arzneimittelverordnung und -anwendung. Die drittgrößte Gruppe befaßte sich mit dem Apothekerberuf selbst. Fryklöf hob hervor, daß nach diesen Beiträgen die Apotheker nur eine unzureichende Berufszufriedenheit erleben und nach wie vor nach einer neuen Berufsrolle suchen. Eine weitere Gruppe von Beiträgen stellen Forschungsergebnisse zur Pharmakoepidemiologie - insbesondere zur Untersuchung der Verteilung von Arzneimitteln in unserer Gesellschaft durch Arzneimittelverbrauchstudien - dar. Fryklöf kritisierte ihren überwiegend deskriptiven Charakter und wünschte sich Studien, die Maßnahmen zur Steuerung des Arzneimittelkonsums in erwünschter Richtung initiieren und auswerten.

Daß nur 10 Aufsätze zum Komplex der Arzneimittelinformation - einem zentralen Thema für Apotheker - veröffentlicht wurden, führte Fryklöf auf die besonderen methodischen Schwierigkeiten in diesem Gebiet zurück.

"I can't define an elephant, but I know when I see one" -

gemäß diesem Motto legt Prof. Inge Torud, der seit 1973 das Fach Sozialpharmazie an der Universität in Oslo lehrt, Wert auf praxisrelevante Themen im Unterricht - wobei jedes Land sich an seinen nationalen Besonderheiten und Traditionen orientieren müsse. Prof. Torud verdeutlichte dies an den Ländern

- Dänemark mit Schwerpunkt Forschungsmethodik (u.a. Aktionsforschung), Technikfolgenentwicklung und Wissenschaftstheorie.
- Schweden mit Schwerpunkt Arzneimittel-epidemiologie und Statistik (aufgrund ihrer staatlichen Organisation der Arzneimittelversorgung; ab 1990 erhält z.B. jeder Arzt von den Apothekern eine Statistik über sein Verordnungsverhalten)

- Norwegen mit Schwerpunkt Arzneimittelversorgung, unter Berücksichtigung der geschichtlichen und ökonomischen Aspekte.

Ein Schwierigkeit bestand in der Veranschaulichung des zeitlichen Umfanges des Faches, da Gewichungen nach Punkten und Prozents nur bedingt in Semesterwochenstunden umgerechnet werden konnten. Ganz grob läßt sich sagen, daß die Sozialpharmazie in den skandinavischen Ländern ca 5% der gesamten Ausbildungszeit einnimmt.

Aus der Sicht eines Offizinapothekers in einer norwegischen Kleinstadt stellte Herr Andersgaard die Bedeutung der Sozialpharmazie dar, wobei er besonderes Gewicht auf ihren Beitrag zur Informationstätigkeit der Patienten und Ärzte legte. Es gibt auch in Norwegen eine lebhaft Diskussion über das berufliche Selbstverständnis der Apotheker, über das "Ethik-Monetik-Dilemma". Gerade für die alltägliche Dienstleistungstätigkeit, sieht Andersgaard den Nutzen dieses Universitätsfaches für Fragen der Selbstmedikation, der Compliance und Arzneimittelstatistik.

Die Entwicklung der Sozialpharmazie, ihre Inhalte und Methoden sowie ihre Bedeutung als Hochschulfach für die Apothekerausbildung stellten Dr. Marion Schaefer (Berlin), Prof. Dr. D. Baumann (Greifswald) und Prof. Dr. H.-J. Hahn (Halle) dar.

Für das Aufkommen der Sozialpharmazie in verschiedenen europäischen Ländern vor ca. 20 Jahren machte Frau Prof. Schaefer zwei Strömungen verantwortlich. Zum einen erwähnte sie die gestiegenen Anforderungen an die Arzneimittelsicherheit in der Verordnung und Anwendung (Stichwort: Contergan), zum anderen hatten und haben alle Staaten mit Kostenproblemen im Gesundheitswesen zu kämpfen, die sie durch verschiedene administrative Eingriffe zu bewältigen versuchen. Unkenntnis über die strukturellen Bedingungen der Tätigkeit kann sich eine Berufsgruppe, so Frau Schaefer, eigentlich nicht leisten.

An den sozialpharmazeutischen Lehrstühlen in Berlin-Ost, Greifswald und Halle haben sich unterschiedliche Forschungsschwerpunkte herausgebildet. Die Arbeitsgruppe um Frau Prof. Schaefer befaßt sich vorrangig mit Arzneimittelverbrauchsstudien, in Halle liegt der Schwerpunkt auf betriebswirtschaftlichen Fragen, in Greifswald auf der Methodologie und

sozialwissenschaftlicher Analyse. Der Lehrumfang für das Fach beträgt 125 Stunden.

Ausgehend von der Feststellung, daß naturwissenschaftliches und medizinisch-pharmakologisches Wissen für die gegenwärtigen Anforderungen in der Berufsausübung nicht ausreicht, fordert Prof. Baumann die Vermittlung von organisatorischen, juristischen, betriebswirtschaftlichen, soziologischen, psychologischen, historischen und ethischen Kenntnissen - hierbei, wie er betonte, immer mit Bezug zum Arzneimittel in seinen vielfältigen Beziehungen von der Produktion bis zu seiner Anwendung. Als akademisches Fach erarbeitet und vermittelt die Sozialpharmazie Kenntnisse der Begriffe als notwendige Voraussetzung zur Analyse und Theoriebildung.

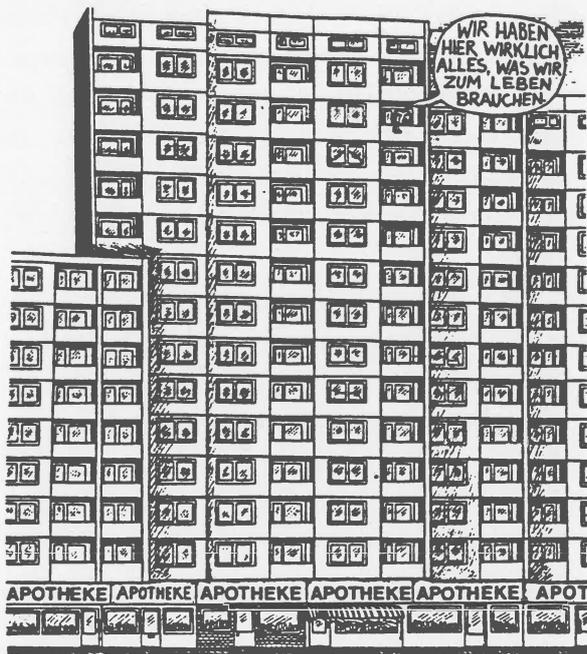
Prof. Hahn stellte u.a. die Frage, warum die Ausbildung der Apotheker so wenig gesellschaftliche Bezüge aufweist, wo doch die ApothekerInnen in der täglichen Berufsausübung mit diesen Fragen konfrontiert sind - wie schon ein Blick in die Standeszeitungen und eine Gegenüberstellung von naturwissenschaftlich/medizinischen zu sozialpharmazeutischen Themen zeigt. Prof. Hahn ist sich einig mit Dr. Brauer und Dr. Schlottmann, die angesichts der Verabschiedung der AAppO von 1989 feststellen, daß eine Einführung "in das politische, sozialpolitische und ökonomische Umfeld des Arzneimittels und der Apotheke gewagt (werden sollte). Es kann nicht angehen, daß ein Student beim Abschluß seines Hochschulstudiums keinerlei Wissen von diesem Umfeld hat. Dazu gehören z.B. das Wissen um die Verteilungskämpfe auf dem Arzneimittelmarkt (...) und das Verhältnis von Nachzulassung zu Negativliste. Nicht zuletzt das Gesundheitsreformgesetz wird diese Forderung nach einer Öffnung der Ausbildung unterstreichen (..)"². Der mangelnde Mut zu Reformen kann, so Prof. Hahn - und da geben ihm die zitierten Autoren recht-, in einem Konservatismus der etablierten Wissenschaftsdisziplinen gesehen werden, aber auch in der Unkenntnis über Gegenstand, Methoden und Leistungsfähigkeit des Faches Sozialpharmazie.

Prof. Hahn unterstrich, daß diejenigen Ausbildungsinhalte, die für die Berufsausübung der Apotheker

² Brauer, K; Schlottmann, U. (1989): Neue Approbationsordnung für Apotheker. In: Pharmazie in unserer Zeit, 18.Jg. Nr.6:177-180

als essentiell erachtet werden, auch als Hochschulfach "Sozialpharmazie" - und nicht nur im 3. Ausbildungsabschnitt mit wenigen Stunden bedacht - angeboten werden müssen, zumal nur als Hochschuldisziplin die Einheit von Lehre und Forschung gewährleistet sei.

Diese Ansicht wird, wie der anschließende Beitrag über Administrative Pharmacy zeigte, auch in den USA vertreten.



Über die Apothekerausbildung in USA allgemein und im besonderen über die Inhalte des Faches "Administrative Pharmacy" an der University of Illinois, Chicago, berichtete Frau Monika Eck, die sich nach ihrer Approbation als Apothekerin zu einem einjährigen Studienaufenthalt in USA entschlossen hatte. Der Darstellung der Ausbildung ging ein Blick auf die Entwicklung des Berufsbildes der Apotheker voraus. Hierbei wies Frau Eck auf die klinische Pharmazie als neue und anerkannte Berufsrolle hin. Im Zuge der Herausbildung des "klinischen Apothekers" gewannen auch die unter der Bezeichnung "Administrative Pharmacy" zusammengefaßten Fächer an Bedeutung. Diese Fächer nehmen z.Z. im Lehrplan der University of Illinois fast ein Viertel der Pflichtveranstaltungen ein. Ihr Stellenwert, so Frau Eck, ist damit größer als der der Pharmazeutischen Chemie oder der Pharmazeutischen Technologie (Abb.4)

Im ersten Jahr der Ausbildung stehen auf dem Lehrplan ein Kurs "Berufsbild Apotheker", "Pharmazeutische Gesetzeskunde und Ethik" (Teil I) und "Pharmazeutische Wirtschaftslehre". Frau Eck stellte dar, daß z.B. in Wirtschaftslehre Fragen nicht standardisierbarer Dienstleistungen wie Patientenberatungen und ihre finanzielle Vergütung behandelt werden.

Im 2. Jahr sind die Pflichtkurse "Statistik und Datenverarbeitung in der Pharmazie", "Grundlagen von Psychologie und Soziologie" und "Kommunikation und Rhetorik" zu besuchen; im dritten Jahr folgen "Pharmazeutische Gesetzeskunde / Ethik" (Teil II) sowie "Arzneimittelabgabe und Patientengespräch".

Frau Eck illustrierte die genannten Fächer, die im 3. Jahr noch durch verschiedene Wahlfächer z.B. in Geschichte der Pharmazie oder in Marketing und Management ergänzt werden können, an Hand von Beispielen. Sie betonte in ihrem Beitrag die Bedeutung der dargestellten Ausbildung und der Berufspolitik sowohl für das Ansehen der Apotheker, (wobei sie nicht die durch Apothekenketten und Arzneimittelversandhäuser entstandenen Probleme verschwieg), als auch für die Möglichkeit der Apotheker, neue Tätigkeitsbereiche zu erschließen. Frau Eck erwähnte an dieser Stelle die "Consultant Pharmacists", die z.B. Ärzte in den Therapieentscheidungen in Alten- und Pflegeheimen beraten und unterstützen.

Frau Eck schloß ihren Beitrag mit der Hoffnung und Forderung, daß ein der "Administrative Pharmacy" vergleichbares Fach Sozialpharmazie in der Ausbildung der Pharmazeuten an allen deutschen Universitäten verankert wird.

"Ich wage zu behaupten, daß in einer Zeit, in der eine immer detailliertere Spezialisierung auf allen Gebieten stattfindet, an einer Disziplin, die alles kanalisiert und in einen Zusammenhang bringt, ein großer Bedarf besteht.(..)Ich bin nicht zuletzt deshalb so überzeugt von der Realisierbarkeit und Existenzberechtigung der Sozialpharmazie als Studienfach und in der Praxis, weil ich die positiven Beispiele aus dem Ausland - hier Niederlande - vor Augen habe".
Apothekerin R. Siedenburg, Marburg

Um die TeilnehmerInnen auf Vorverständnisse aufmerksam zu machen, die sich aus der gewählten Terminologie für das Fach ergeben, stellte die Verfasserin dieses Berichtes in ihrem Beitrag die Begriffe Sozialpharmakologie und Sozialpharmazie gegenüber. Hierbei bezeichnet der erstgenannte Begriff die Perspektive der "Medizin" auf das Problemfeld Arzneimittel und Gesellschaft, als Erweiterung pharmakoepidemiologischer Methoden um soziale Faktoren. Der zweite Begriff beinhaltet die Perspektive der "Pharmazie" mit der Betonung der Rolle der Apotheker, der Strukturen der Arzneimittelversorgung und der Sicht der Verbraucher als wichtige Faktoren, die den Umgang mit und Verbrauch von Arzneimitteln in unserer Gesellschaft beeinflussen.

In der abschließenden Diskussionsrunde stellten die TeilnehmerInnen übereinstimmend fest, daß sozialpharmazeutische Themen im dritten Ausbildungsabschnitt angesprochen werden, dies jedoch nicht in einer ausreichenden wissenschaftlichen und zufriedenstellenden Weise geschehe. Auch für Projektarbeit und Seminare, für neue Lern- und Arbeitsformen stehe keine Zeit zur Verfügung. Die StudentInnen äußerten ihre Unzufriedenheit und forderten die Vermittlung von sozialpharmazeutischen Wissens während des Studiums gerade als Voraussetzung für eine effiziente Gestaltung des dritten Ausbildungsabschnittes. Nur in einem Fach Sozialpharmazie, so wurde ausgeführt, haben die Studenten die Gelegenheit - man denke z.B. an Rollenspiele zur Arzneimittelinformation - das Wissen der naturwissenschaftlichen Fächer zusammenzufassen und anzuwenden.

"M. E. benötigen Apothekerinnen und Apotheker bessere Kenntnisse über gesellschaftliche Zusammenhänge ihrer Berufsausübung, um überhaupt kompetent an der gesundheitspolitischen Diskussion - ich denke da z.B. an den EG-Binnenmarkt - teilnehmen zu können.
Apothekerin A.M. Fick, WHO/Euro, Consultant

Vor dem Hintergrund dieser Diskussion, die auch Überlegungen zur Einführung eines Diploms beinhaltete, fand ein erster Austausch über mögliche Themenschwerpunkte für das Fach Sozialpharmazie statt. Die hier vorgestellte Sammlung von möglichen

Inhalten eines Faches Sozialpharmazie ist als erste Annäherung und Verständigung zwischen am Fach Interessierten und bereits Lehrenden gedacht. Die einzelnen Themen dienen zur Veranschaulichung. Zugrunde liegt die Prämisse, daß dieses Fach besonders sensibel auf Veränderungen des Berufsbild und der Strukturen des Gesundheitswesens reagieren und die Ausbildungsangebote entsprechend flexibel gestalten müsse.

Zu Beginn der Hochschulausbildung sollte eine **Einführung in das Studium der Pharmazie** stehen. Orientiert am Lernziel, daß die Sozialpharmazie die Studenten befähigen soll, ihr naturwissenschaftliches mit sozialwissenschaftlichem Wissen zu verbinden, sollte ein **Einführung in Wissenschaftstheorie und in die Grundbegriffe sozialwissenschaftlichen Arbeitens** gegeben und durch Projektarbeit vertieft werden. Ebenso wurde die Vermittlung von **Grundlagen in Kommunikation und Didaktik** gefordert. Diese beiden letztgenannte Schwerpunkte beziehen sich auf die folgenden Themen, in die auch die Rechtsvorschriften für Apotheker miteinfließen.

Die Struktur und Organisation des Gesundheitswesens.

- Hierzu gehört die Vermittlung von Kenntnissen über das Gesundheitssystem als Teil des Wirtschaftssystem, der Verwaltung und Gesetzgebung und eine Einführung in die Struktur des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Ein weiterer Gegenstand sind die Berufsstrukturen im Gesundheitswesen mit besonderer Berücksichtigung des Apothekerberufs (z.B. seine Entwicklung als Frauenberuf)

Charakterisierung des Arzneimittels als Arbeitsgegenstand von Pharmazeuten

- Das Spektrum an Themen reicht hier von den verschiedenen Einflußfaktoren auf die Herausbildung des Arzneimittelschatzes, über Probleme von Klassifizierungssystemen der Arzneimittel zur Durchführung von Verbrauchsstudien über Fragen und Kriterien der Beurteilung des therapeutischen Fortschritts bis hin zu den Grundlagen der Verfahren von Arzneimittelregistrierung und -zulassung. Weitere wichtige Themen sind Kosten-Nutzen-Analyse von Arzneimitteln und die mit der Realisierung der Arzneimittelsicherheit auftretenden Fragen wie z.B. die anges-

sene Berücksichtigung der besonderen Therapie-richtungen, Vor- und Nachmarktkontrolle (drug monitoring), die Problematik der Tierversuche, ethische Fragen bei klinischer Forschung und Arzneimittelzulassung u.a.m. In diesem Schwerpunkt wird man sich auch ausführlich mit der Beschaffung und Weitergabe von Arzneimittelinformation und der damit verbundenen Schwierigkeiten befassen.

Der Arzneimittelmarkt und seine Besonderheiten

Im Rahmen dieses Schwerpunktes befaßt man sich mit der pharmazeutischen Industrie und der Vermarktung von Arzneimitteln, mit den internationalen Entwicklungstendenzen auf dem Arzneimittelmarkt und den besonderen Problemen der Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt. Hierunter fallen auch Kenntnisse der Steuerungssysteme der Arzneimittelversorgung, was Einblick in die Struktur und Kosten der Arzneimittelvertriebswege voraussetzt. Methoden der Marktanalyse und Marktforschung können ebenso Gegenstand sein wie die darauf basierenden Prozesse der Entscheidungsfindung zur Entwicklung von Arzneimitteln oder Dienstleistungsangeboten. Probleme der Kostenentwicklung und Kostendämpfung im Gesundheitswesen werden dargestellt wie auch die Besonderheiten des Arzneimittels als Ware. Im Zusammenhang mit der Verbreitung von Computern in Apotheken sollten hier neben Kenntnissen der verschiedenen Einsatzmöglichkeiten z.B. die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit durch Nutzung der ABDA-Datenbank oder der Erstellung sog. Patientendateien zur Medikationsbegleitung auch die Bestimmungen des Datenschutzes vermittelt werden.

Der Anwenderbereich des Arzneimittel

Im Mittelpunkt stehen hier die Arzneimittelkonsumenten, ihr Wissen und Verständnis über Gesundheit und Krankheit, über Selbsthilfe und Selbstmedikation, deren Entscheidungskriterien für die Anwendung von Medikamenten in die tägliche Arbeit der Apotheker miteinfließt, was für die Apotheker sowohl Kenntnis der Verbraucherperspektive als auch ein eigenes Verständnis dieser Themen voraussetzt. Wichtige Themen sind hier ebenfalls die mit der

Arzneimittelinformationsbeschaffung und -weitergabe verbundenen Probleme, die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker sowie die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen z.B. in Fragen der Gesundheitsbildung. Forschungs- und Unterrichtsthemen sind Fragen des rationalen Arzneimittelgebrauchs (und der Unterstützungsmöglichkeiten durch die Apotheker), des Arzneimittelmißbrauchs und der Arzneimittelabhängigkeit.

Literaturhinweise:

Journal of Social and Administrative Pharmacy, Stockholm (PO 1136, S-11181 Stockholm, Schweden)

Alloza, José (ed.) (1985): Clinical and Social Pharmacology. Postmarketing Period. Aulendorf

Bezold, Clement et al. (eds.) (1985): Pharmacy in the 21st. Century, Bethesda

Lilja, John (1988): Theoretical Social Pharmacy, Kuopio

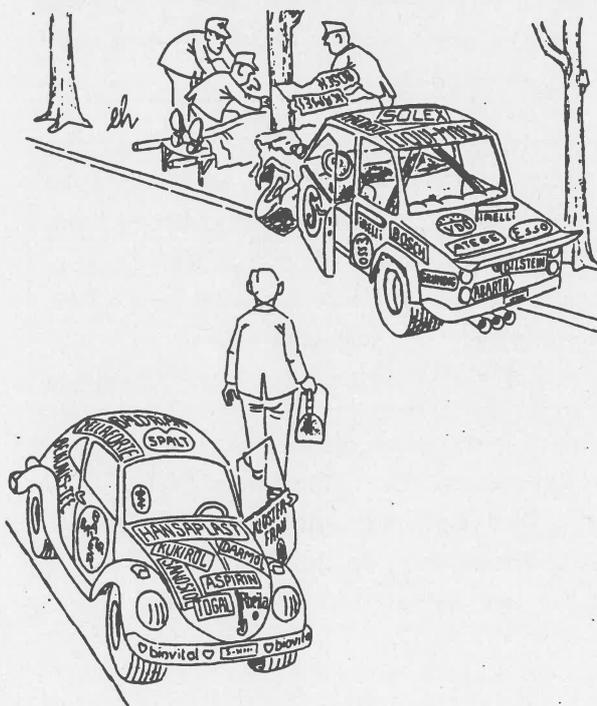
Lunde, Inga; Dukes, Graham (eds.) (1989): The Role and Function of the Community and Hospital Pharmacist in the Health Care Systems of Europe, WHO- Report, Groningen

Schicke, Romuald (1976): Sozialpharmakologie. Eine Einführung. Stuttgart

Tindall, William (ed.) (1989): Communication skills in pharmacy practice: a practical guide for students and practioners. 2.ed, Philadelphia

Wertheimer, A. (ed.) (1987): A casebook in social and behavioral pharmacy. Cincinnati

Wertheimer, A. et al. (eds.) (1989): Pharmacy practice: Social and Behavioral Aspects. 3.ed., Baltimore.



SOZIALPHARMAZIE - SEMINAR

Nach drei Jahren Erfahrung mit dem VDPP:

Überregionale Arbeitsgruppen zu einem Thema	wollt ihr nicht
Regionale Arbeitsgruppen	wollt ihr nicht
Ein EG-Seminar	wollt ihr nicht

WAS WOLLT IHR DENN ?

Zum Beispiel ein Seminar zur Sozialpharmazie?

Dies ist der Versuch des Vorstands des VDPP, Eure wahren Wünsche zu entdecken. Bevor geplant und organisiert wird, soll erstmal Eure Meinung eingeholt werden.

Wenn wir ein Seminar mit dem Thema "*Sozialpharmazie*" anbieten, gibt es vier Möglichkeiten, wie es gestaltet werden könnte:

1. Orientierungsseminar:

In diesem Seminar könnte den Interessenten ein Einblick in die verschiedenen Gebiete des Faches Sozialpharmazie gegeben werden. Was ist Sozialpharmazie? Mit welchen Methodiken arbeitet die Sozialpharmazie? Könnte das Fach Sozialpharmazie in der Ausbildung der StudentInnen und als Forschungsgegenstand dazu dienen, daß wir unseren Zielen einer patientenorientierten Pharmazie näher kommen?

Dieses Seminar würde in der klassischen Art an einem Wochenende mit zwei oder mehreren Referenten durchgeführt werden. Ziel wäre eine erste Auseinandersetzung mit dem Thema Sozialpharmazie.

2. Standpunktbestimmung:

Inzwischen wird auf verschiedenen Ebenen offen darüber diskutiert, wie ein Fach Sozialpharmazie in einer neuen Approbationsordnung ausge-

staltet werden sollte. Vereinfacht gesagt: Die pharmazeutische Industrie ist an diesem Fach interessiert, um mit Hilfe sozialpharmazeutischer Methoden ihre Vermarktungsstrategien zu optimieren. Standespolitiker der Apotheker erwarten von dem Fach eine Stärkung des Bildes des Apothekers in der Öffentlichkeit. Wissenschaftler aus dem Fach interessiert die Absicherung der Sozialpharmazie in der neuen Approbationsordnung. Was aber wollen wir? Auf welche Inhalte legen wir besonderen Wert? Dieses Seminars könnte etwa so ablaufen, daß zunächst einige Gebiete der Sozialpharmazie vorgestellt werden, um dann einen Prioritätenkatalog zu erarbeiten, was unserer Meinung unbedingt in das Curriculum Sozialpharmazie gehört. Seminarform: wie oben, jedoch mit mehr Eigenbeteiligung.

3. Zukunftswerkstatt

Zukunftswerkstatt zum Thema: Die Zukunft des

"Die Sozialpharmazie beschäftigt sich mit den Beziehungen die Arzt, Apotheker und Patient untereinander und zum Arzneimittel eingehen und ordnet sie in soziale und ökonomische Zusammenhänge ein." (Marion Schaefer, Humboldt-Universität, Berlin)

Apothekerberufes. In einer neuen Approbationsordnung wird eventuell das Fach Sozialpharmazie neu verankert. Mit welchen Inhalten wollen wir aufgrund unserer Berufserfahrung und der Vorstellungen über unsere Berufstätigkeit ein solches Fach füllen? Dieses spezielle Thema der Reflexion und Neugestaltung ist ein Thema des Faches Sozialpharmazie. In diesem Seminar könnte also Sozialpharmazie praktisch erlebt werden.

Referenten in einer Zukunftswerkstatt wären die Teilnehmer selbst. Eine Zukunftswerkstatt (entwickelt von Robert Jungk) ist ein kreatives Arbeitsverfahren, das in drei Phasen abläuft: Einstiegsphase (Kritik- und Wahrnehmungsphase), Phantasiephase (Utopiephase) und Konkretisierungsphase (Planung der nächsten Schritte). Die Zukunftswerkstatt wird von zwei speziell ausgebildeten Moderatoren begleitet und ist deshalb teuer. Für ein Seminar dieser Art müßten von den Teilnehmern und dem Verein Kosten in Höhe von ca. DM 4000.- aufgebracht werden.

4. Zukunftswerkstatt ohne Moderatoren

Hier gilt das gleiche wie unter 3. Die Moderatoren fallen weg und damit auch die hohen Kosten. Die Orientierung an den drei genannten Phasen könnte ebenfalls vorgenommen werden, allerdings würde die professionelle Begleitung fehlen. Auch hier ließe sich ein praktisches Gebiet der Sozialpharmazie mit dem "Dauerbrennerthema - Zukunft der Apotheke und der Apothekerin" verbinden.

So, nun seid Ihr dran!

Welche Seminarform würde Dich persönlich am meisten interessieren? An welchem Seminar würdest du teilnehmen? Schneide bitte den unten anhängenden Zettel ab, fülle ihn aus und schicke ihn bis zum 20. Juni 1992 an die angegebene Adresse.

Frauenseminar 1992

Es war wohl eine Eingebung als wir vor Jahren Kaufungen bei Kassel als Tagungsort für den VDPP wählten. Gewußt hatten wir nicht, daß die Gründerin des Klosters Kaufungen, die Heilige Kunigunde, in Josephsehe mit Kaiser Heinrich II verbunden, sich mit der Bereitung von Arznei befaßte. Dies tat sie so qualifiziert, daß sie zu Beginn unseres Jahrhunderts von Herrn Schelenz (Pharmaziehistoriker) als eine der wenigen positiv zu erwähnenden Frauen genannt wird, die sich im Laufe der Geschichte mit der Arzneimittelherstellung befaßt hatten.

Ja, und im Wirkkreis der Kunigunde trafen sich die Vereinsfrauen jetzt schon zum dritten Mal.

Anlaß der Abhandlung von Herrn Schelenz war die Zulassung von Frauen zum Pharmaziestudium 1899. Was vor knapp 100 Jahren über die Frau in der Apotheke gesagt wurde, klingt einerseits mittelalterlich aber im Nachklang auch aktuell.

Wie Ildiko Szasz auf Seite 22 ausführt, werden wir uns dem Projekt "Frauen in der Pharmazie" widmen. Alles weitere ist dort nachzulesen.

Ich möchte hier einen kurzen Überblick über das Frauenseminar geben.

In Standardgröße - gut 20 Teilnehmerinnen - tagten wir von Samstagvormittag bis Sonntagmittag. Freitagabend war Anreise und Kennenlernen angesagt. Etwa ein Drittel der Frauen war zum ersten Mal dabei. So ist es immer wieder spannend, neue Apothekerinnen "schicksale" kennenzulernen.

Ulrike Faber hielt am Samstagvormittag ein Referat zum Thema "Auswirkungen von Tabletensucht bei Frauen". Dabei ging sie sowohl auf pharmakologische Probleme als auch auf Aspekte wie veränderte Sterblichkeit, Verschreibungsverhalten der Ärzte und Möglichkeiten des Entzugs.

Nachmittags lauschten wir einem Tonbandvortrag von Ingeborg Simon. Sie verdeutlichte das Problem "Apotheke als Drogenshop". Obwohl wir alle von der abhängigmachenden Wirkung unserer verkauften Ware wissen, bleiben wir Teil der Verkaufskette. Die Einzelne ("der" auch) in der Apotheke erlebt sich im allgemeinen als ohnmächtig. Von der Standesführung, die das Bild unseres Berufs in der Öffentlichkeit prägt, bekommen wir keine Unterstützung. Der Umsatz ist eine heilige Kuh, an

die sich niemand heranwagt, auch wenn er mit "nicht-ethischen" Arzneimitteln erbracht wird.

In der Diskussion wurde deutlich, wie schwer wir uns alle tun, ein Gespräch mit einer tablettenabhängigen Frau so zu führen, daß es über das autoritäre "Das verkaufe ich Ihnen nicht" hinausgeht. Wie kann man ein Gesprächsangebot machen ohne auf der Gegenseite nur Angst zu erzeugen? Aus diesem Gedanken heraus kam die Idee, einmal ein Seminar mit dem Thema "Beratungsgespräche in der Apotheke" zu veranstalten, und zwar nicht mit dem Marketing-Hintergedanken.

Dieses Problem war ein guter Anknüpfungspunkt für Anita Krause, Gesundheitsberaterin der AOK Hameln. Sie kann - ein Traum für uns - interdisziplinär arbeiten. In der Schnittstelle der ärztlichen Therapie mit physikalischer, psychologischer und sozialer Behandlung hat sie alle Gesundheitsarbeiter als Ansprechpartner. Daß das nicht immer ein leichtes Arbeiten ist, kann man sich gut vorstellen. Sie kann sowohl auf Patienten zugehen als auch von diesen aufgesucht werden. Für mich war die Arbeit dieser Institution neu. AOK-PatientInnen sollte man diesen Service jedenfalls empfehlen.

In der weiteren Diskussion ging es auch darum, was wir konkret in der Apotheke tun können. Hier ein paar Ideen, die zwar noch nicht ausgereift sind, aber über Rückmeldungen dazu würden wir uns dennoch freuen:

- Kundenzeitschrift selbst gestalten (finden sich über den VDPP genügend Interessenten für eine werbefreie Zeitschrift?)
- Infoblätter für KundInnen, z. B. zum Thema Arzneimittelmißbrauch,
- Apothekenschaufenster selbst gestalten und austauschen,
- Während eines Apothekertages machen wir eine Veranstaltung, z. B. eine Podiumsdiskussion zum Thema Arzneimittelmißbrauch.
- Im Zusammenhang damit bietet es sich an, Anträge in den Apothekertag zu bringen, die sich mit den Suchtmitteln Benzodiazepinen und Kombinationsanalgetika mit Coffein befassen.

Wir werden an diesem Problemkreis weiterarbeiten und uns nächstes Jahr am gleichen Ort wieder treffen.

Gudrun Hahn

Bücherliste Frauseminar 1991

NEUERSCHEINUNG: Die schmutzige Seite der Bilanz

Schering
Die Pille macht Macht
BERICHTE ÜBER DIE
GESCHÄFTE VON SCHERING
Schering-Aktions-Netzwerk und
Henry Mathews (Hg.)

**Alternativer
Geschäftsbericht
Schering**

Enthüllungen über Pharma-
skandale, Gentechnik,
Grundwasserverseuchung,
Giftmüllverbrennung, Pesti-
zidexport, Lohndrückerei,
Gewerkschaftsfeindlichkeit,
Repressionen ...

Berichte aus Berlin,
Bergkamen, Wolfenbüttel,
Lima, Istanbul, Osaka,
Chloorkop ...

Texte von Gill, Hübener,
Knirsch, Moebius, Sprenger,
Störmer u.a. ...

**Schering —
Die Pille macht Macht**
Schering- Aktions- Netzwerk,
Henry Mathews (Hg.), Schmet-
terling Verlag, Stuttgart, Februar
1992, 198 Seiten, zahlreiche Ab-
bildungen, DM 22,80

JETZT BESTELLEN BEI:
SchÄN SCHERING
AKTIONS-
NETZWERK

Unten zum Holz 28 - 5650 Solingen 1
Telefon 0212-591183 - Fax 593408

- Peter Sichrovsky, *Krankheit auf Rezept*, 1984, Kiepenheuer und Witsch (zur Zeit vergriffen)
- Redaktion Psychologie heute, Hrsg. *Leiden an der Gegenwart*, 1987 Weinheim, Beltz Verlag
- Raphael Lenne, *Zurück zum gesunden Schlaf*, München, Heyne 77
- Psychologie heute (TB), *Frauen und Gesundheit*, 1989, Weinheim, Beltz
- Frauenkörper - Neu gesehen*, Orlando Frauenbuchverlag (ca 50,- DM, aber spitze)
- Rolf Brüggemann, *Pharmawerbung, Bilderbuch einer Drogenideologie*, Frankfurt, 1990, Mabuse Verlag
- Valerie Curran, Susan Golombok, *Bunte Pillen - Ade*, Berlin, 1988, Orlanda Frauenverlag
- Andrea Ernst/Verena Corazza, *In der Regel*, 1987, Köln, Kiepenheuer und Witsch, Bittere Pillen Patientenreihe
- Andrea Ernst/Ingrid Füller, *Schlucken und Schweigen (Wie Arzneimittel Frauen zerstören können)* München, 1988, Knaur
- Ingrid Füller, G.Glaeske, A. Nette, *Medikamentenmißbrauch: Frauen und Medikamente*, Gesellschaftliche Situation, Hamburg, 1990
- Sylvia Groth, Regina Röring, *Die Wechseljahre sind keine Krankheit*, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 3/90
- Wolfram Keup (Hrsg.), *Biologie der Sucht*, Springer Verlag, 1985 (Reihe)
- Peter Lehmann, *Der chemische Knebel, Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen*, Berlin, 1986, Antipsychiatrieverlag
- Margaret Minker, *Hormone und Psyche*, München, 1990, Verlag A. Kunstmann
- Rita Rußland, Sibylle Plogstedt, *Sucht - Alkohol und Medikamente in der Arbeitswelt*, Frankfurt, 1986, Fischer TB
- Praxisreihe Sandoz, *Die Osteoporose: Grundlagen, Diagnostik, Therapie*, H.W. Minne
- M. Schmitt, Hrsg., *Fliegende Hitze, Frauen durchleben Wechseljahre*, 1986, Frankfurt, TB Fischer
- Sybillle Ellinger, *Was Frauen abhängig macht*, in: pro familia magazin 6/86
- Sybillle Ellinger-Weber, Margret Kruse (Hrsg.), *Psychopharmaka im Alltag, Ergebnisse*
- Fem.Frauen-Gesundheits-Zentrum Berlin, *Wechseljahre, Eine Broschüre zur Selbsthilfe*, Selbstverlag, Bamberger Str. 51, W-1000 Berlin 30,
- Frauenbuchverlag, Frau, Gesund Leben, Handbuch 2, München, 1990

Gudrun Hahn

Sucht ist weiblich

Arzneimittelabhängigkeit - Frauenseminar des VDPP in Kaufungen

Bei der Beschäftigung mit dem Thema Arzneimittelabhängigkeit fällt mir vor allem auf: es gibt eine Fülle von Untersuchungen, Studien, Berichten, Artikeln und Büchern, sozusagen jede Menge harte Fakten zu dem Problem - aber wie wenige dieser Erkenntnisse werden umgesetzt und mit welcher zeitlichen Verzögerung!

So wird es auch unsere Aufgabe als Apothekerinnen sein, uns mit der Problematik auseinanderzusetzen und Handlungsstrategien zu entwickeln - wohl wissend, daß wir nur in einem kleinen Teilbereich wirken können. Ich will nicht mein ganzes Referat aufschreiben, sondern einige Punkte herausgreifen, um zum Nachdenken und - wenn es denn möglich wäre - zum Handeln anzuregen.

Suchtstoffe

Sie lassen sich in Anlehnung an die WHO in 12 Klassen einteilen, inkl. Designerdrogen, und Schnüffelfstoffen. Abhängigkeitserzeugendes Potential besitzen dämpfende Substanzen (Benzodiazepine, Barbiturate, Opioide) und zentral erregende Substanzen (Psychostimulantien).

Die verbrauchten Arzneimittelmengen pro Jahr: Analgetika 140 Millionen Packungen (1990), Appetitzügler 4,5 Millionen Packungen (1989), Benzodiazepine 1,31 Milliarden Einzeldosen (1990).

Abhängige

Unterschiedliche Schätzungen kommen zu vergleichbaren Ergebnissen. Danach gibt es in der Bundesrepublik (alte Länder) 15-20 Millionen süchtige Raucher, 2 Millionen Alkoholiker, 800 000 Medikamentenabhängige, davon 80% von Benzodiazepinen, ferner von Codein, Dihydrocodein und schließlich von Mischanalgetika. Keine Einschätzung gibt es hinsichtlich Cannabis. Die Zahlen dürfen wegen darin enthaltener Polytoxikomanie nicht addiert werden.

Suchttheorie

Poser macht den "*Versuch einer Suchttheorie*": Suchtstoffe bewirken im ZNS Euphorie oder Beseitigung einer Dysphorie. Entsprechend wirken nichtstoffliche Süchte (z.B. Spielsucht) über intrazerebrale Stimulation. Die Aktivierung eines körpereigenen (dopaminergen?) Belohnungssystem ist das angestrebte Ziel.

Benzodiazepine

Sie bewirken meist eine Abhängigkeit bei niedriger Dosis (low-dose-dependence). Oft werden Benzodiazepine mit anderen Arzneimitteln (Laxantien, Analgetika) in mißbräuchlicher Weise zusammen konsumiert.

Die Kombination mit Alkohol ist häufig; in der illegalen Drogenszene spielt Rohypnol eine Rolle als Zusatzstoff.

Die vergleichsweise unauffällige Abhängigkeit von Tranquilizern ist dennoch nicht ungefährlich: die Sterblichkeit bei isolierter Benzodiazepinabhängigkeit ist zweimal höher als normal und um ein vielfaches höher, wenn andere Suchtstoffe hinzukommen.

Die häufig durch Benzodiazepine verursachten Stürze alter Menschen mit den Folgen Schenkelhalsbruch, Siechtum und früherer Tod werden vermutlich ihrer Ursache nicht angelastet. Eine Gefahr liegt auch darin, daß die Abhängigkeit von niedriger Dosis ein labiler Zustand ist, in dem noch nach Jahren Übergänge zu Hochdosiskonsum und Polytoxikomanie möglich sind. Vermutlich besitzen alle Benzodiazepine das gleiche Abhängigkeitspotential, mit der Ausnahme von Tavor, das in der Abhängigkeitsanamnese besonders häufig auftaucht. Patienten, die Tavor, aber auch Lexotanil einnehmen, wechseln niemals auf andere Benzodiazepine.

Entwicklung einer Benzodiazepinabhängigkeit

Entzugssphänomene als Zeichen einer (beginnenden) Abhängigkeit können sehr bald auftreten. Unter Benzodiazepin-Hypnotika etabliert das ZNS innerhalb von 10 bis 20 Tagen eine Gegenregulation, die die ursprünglich verlängerte Gesamtschlafzeit wieder verkürzt und die beim Absetzen zu Rebound-Schlaflosigkeit führen kann. Die hypnotische Wirksamkeit läßt innerhalb weniger Wochen nach, eine anxiolytische Wirkung für mehr als 4 Monate ist nicht belegt.

Für das Auftreten von Entzugssymptomen ist die Einnahmedauer entscheidend, weniger die Dosis. Nach 4 Monaten reagieren 25% der Patienten mit Entzugssymptomen, nach 12 Monaten 80%, nach Jahren alle.

Die Entzugssymptome sind häufig vegetative oder psychische Störungen, die mit der Befindlichkeit, die zur Tabletteneinnahme führte, vergleichbar sind (Zittern, Unruhe, Reizbarkeit, Angst, Übelkeit). Besonders quälend sind "*perzeptuelle Störungen*", wie Überempfindlichkeit gegen Licht, Geräusche, Tastempfindung, Wahrnehmung von Geräuschen als Geruch oder das Gefühl, verrückt zu werden. In 20% der Fälle sind die Entzugsverläufe schwer, mit epileptischen Anfällen oder Delirien einhergehend, bei Polytoxikomanen in mehreren Phasen verlaufend.

Zur Durchführung des Entzugs wird empfohlen, auf Diazepam-Äquivalente umzustellen und die Dosis im Laufe von 4-16 Wochen zu reduzieren, natürlich unter guter psychologischer Betreuung der Patientinnen.

Analgetika

Die zweite große Gruppe von Abhängigen gibt es bei Analgetika mit psychotropen Zusätzen, wie Coffein oder Codein. Die langjährige Einnahme führt zum Analgetika-Syndrom mit vielfältigen, z.T. unspezifischen Beschwerden (Kopfschmerz, Magenbeschwerden, Hypertonie, Harnwegsinfekte, vorzeitiges Altern) und zu Analgetika-Nephropathie.

Haben Analgetika zum Nierenversagen geführt, so waren es immer Mischpräparate, die fünfmal mehr als Monopräparate konsumiert werden, meistens aus kleinen Packungen und meistens nicht wegen Schmerzen, sondern wegen diffuser Befindlichkeitsstörungen und zu 70% von Frauen.

Ärzte

Die meisten Benzodiazepin-Abhängigkeiten (75%) werden durch ärztliche Verordnungen erzeugt und aufrechterhalten.

Die typische "Benzodiazepin-Praxis" hat eine große Patientenzahl und einen hohen "Patientendurchsatz". Das Benzodiazepin ist ein "Praxisbindungsmittel", denn der Arzt fühlt sich als Helfer - ohne zu wissen, bei welcher Krankheit. Die Patientinnen fühlen sich versorgt und kommen bestimmt wieder, um das nächste Rezept zu holen.

Eine Totalanalyse der Verschreibungen in Niedersachsen förderte zutage, daß 6,7% aller Patienten Langzeitverordnungen über abhängigkeitsregende Substanzen erhalten haben. Das heißt: im Gesamtmaßstab der Bundesrepublik bekommen 1-1,2 Millionen Menschen über eine bedenklich lange Zeit von ihren Ärzten Suchtstoffe verordnet. 80% dieser Patienten sind über 55 Jahre alt, und 2/3 von ihnen sind Frauen.

Apotheker

Sie werben in ihren Schaufenstern für Schmerzmittel und Appetitzügler, obwohl sich ein Apothekertagsbeschluß dagegen ausgesprochen hat. Nur 32% der im Rahmen der Selbstmedikation in Apotheken verkauften Analgetika sind positiv zu beurteilen, d.h. sind keine Mischanalgetika und enthalten kein Coffein. Zu Tranquilizern kommt meist die Ausrede, sie seien schließlich ärztlich verordnet. Dennoch wird in Apothekerkreisen immer wieder die Forderung nach einer "Freidosenregelung" laut, die bedeutet, daß eine geringe Menge, z.B. 2 oder 4 Tabletten Valium rezeptfrei wäre. Eine deutliche Reduzierung des Verbrauchs suchterregender Arzneimittel wäre für die Apotheker eine große finanzielle Einbuße.

Pharmaindustrie

Zielgruppe der Vermarktungsstrategien sind die Ärzte. Die Benzodiazepin-verschreibenden Ärzte sind vor allem Praktiker, also Ärzte, die für die Behandlung psychischer Störungen und psychosomatischer Krankheiten nicht ausgebildet sind.

Die wenigsten Benzodiazepine (10%) werden durch Nervenärzte verordnet.

Ein Vergleich der Verordnung von Oxazepam ergab: Praktiker bevorzugten Adumbran mit einer breiten, unspezifischen Indikation (Angst, Unruhe, Überforderung). Nervenärzte bevorzugten Praxiten, für das der Hersteller psychiatrische Indikationen auswies.

Ein Vergleich Adumbran-Tavor zeigt, daß auch Tavor für psychiatrische Fälle vermarktet wird, ohne jede pharmakologische Berechtigung.

Durch Werbung (Sonnenbrille der Seele, Aufwind für die Psyche, Gesunder Schlaf bringt frisches Erwachen) werden für die therapeutische Entscheidung der Ärzte die einfachen Lösungen angeboten, die durch Angaben in der Roten Liste pseudowissenschaftlich abgesichert werden.

Immer noch findet sich in der Roten Liste 92 bei Adumbran: "*Anw.: Störungen der Schlafrhythmik, kardiovaskuläre u. gastrointestinale Störungen, psychogene Atemstörungen, Erschöpfungszustände, Übererregtheit, Sexualneurosen, Überforderungssyndrom, Angst- und Unruhezustände*". (Von dieser Lyrik ist ein Wort pharmakologisch begründet: Angst.)

Die erste Abhängigkeit von Benzodiazepinen wurde Anfang der 60er Jahre beobachtet. Im Jahre 1974 formulierte die American Medical Association Verordnungsregeln für Benzodiazepine, die eine klare Indikationsstellung, Hinweise auf Abhängigkeit, geringe Verordnungsmenge, Behandlung zugrundeliegender Störungen enthielten. Entsprechende Richtlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft erschienen 10 Jahre später, 1984. So konnte Hoffmann-La-Roche noch 1980, als in anderen Ländern schon wirksame Maßnahmen zur Senkung des Benzodiazepin-Konsums griffen, im Merkblatt für Lexotanil unter anderem folgende Indikationen anführen:

"Nervosität, Reizbarkeit, innere Unruhe, Unsicherheit, Grübeleien, Verstimmung, Schwierigkeiten im Umgang mit der Umgebung..."

Kein Wunder, daß Lexotanil in der Altersgruppe von 40-60 Jahren das am meisten verordnete Arzneimittel überhaupt ist.

Die Verordnung von Benzodiazepin-Tranquilizern ist in den letzten Jahren zurückgegangen, dafür haben Benzodiazepin-Hypnotika, Neuroleptika und ganz besonders Antidepressiva eine Verordnungsaufschwung erlebt, was als "Substitutionseffekt" bezeichnet wird. Wegen zunehmender Kenntnis der Abhängigkeitsproblematik wird auf diese Gruppen ausgewichen. Die Werbung macht es deutlich: "*Insidon: Ausweg aus der Abhängigkeitsproblematik*", "*Imap 1,5: ich wußte, sie braucht was für die Psyche...*" - dazu Hinweise auf lange Gespräche und gute Betreuung.

Angesichts der möglichen unerwünschten Wirkungen (Spätdyskinesien bzw. kardiotoxische und anti-cholinerge Wirkungen) erscheint solche Substitution äußerst bedenklich und therapeutisch genauso wenig

begründet wie die massenhafte Verordnung von Tranquilizern.

Sucht ist weiblich.

Frauen nehmen doppelt soviel Arzneimittel wie Männer. Bis zum Alter von 10 Jahren liegt der Verbrauch bei Jungen und Mädchen praktisch gleich, im Alter von 10 bis 20 gehen für die jungen Mädchen Diagnosen und verordnete Arzneimittel in die Höhe. Für junge Männer gibt es kaum eine Indikation für Arzneimittel, die mit Erreichen der Geschlechtsreife im Zusammenhang steht. Mit dem Erwachsenwerden, ab 20 Jahre, beginnt für die Frauen die Patientenkariere mit der Diagnose "Frau" (Sichrovsky). In diesem Alter nehmen die Diagnosen bei Frauen sprunghaft zu. Schmerzmittel (ohne Migränemittel) werden am häufigsten verordnet, unter den fünf häufigsten Medikamenten sind Neuroleptika und Tranquilizer. Durch Besonderheiten der Frau (Schwangerschaft, Geburt) lassen sich die Unterschiede nicht erklären.

Frauen sind an sich nicht kränker.

Dank einer nicht müde werdenden Frauenbewegung wurde vieles über die Lage der Frauen ins Licht der Öffentlichkeit gerückt und manches geändert. Dennoch wird im privaten wie im öffentlichen Leben die anhaltende Diskriminierung der Frauen ignoriert oder bagatellisiert (siehe z.B. Frauenantrag auf dem Apothekertag '91). Weiterhin sind Frauen in Bezug auf Ausbildung, Qualifizierung, berufliche Positionen, gesellschaftliche Anerkennung benachteiligt und haben im Rahmen der klassischen Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen die nicht anerkannte Arbeit zu leisten. "Gefühlsarbeit" in Familien und in typischen Frauenberufen ist Frauensache, und Frauen sind für die Harmonie zuständig. Damit verbunden sind mangelnde Anerkennung, Wut, Angst, Depression, die keinen Ausdruck finden dürfen und in Körpersymptome und Befindlichkeitsstörungen kanalisiert werden.

So werden Frauen zu Patientinnen und auch gleich zu verlässlichen Konsumentinnen: bei häufig mißbrauchten Arzneimitteln wie Laxantien oder Appetitzüglern bezieht sich die Werbung ausschließlich auf Frauen.

Viele Frauen übernehmen den Umgang mit Arzneimitteln von ihren Müttern und werden später von Ärzten weiter medikalisiert. Doppelt so häufig wie Männer erhalten sie die unspezifischen Diagnosen "Seelische Störungen", "Neurosen", oder "Funktionelle Störungen psychischer Ursache ohne nähere Angabe" (ICD 306.9). Männer haben Krankheiten, die sich auf konkrete Organe wie Herz oder Lunge beziehen.

In einer Studie in Hamburg wurde der Frage nachgegangen, welche Bedingungen berufstätige Frauen zu Medikamentengebrauch veranlassen. Je weniger Handlungsspielräume, Bewegungsmöglichkeiten, Entscheidungsfreiheiten, Verantwortlichkeiten Frauen haben, desto mehr greifen sie zu Tabletten.

Besonders viele gefährdende Faktoren kommen bei Frauen in der Krankenpflege zusammen, die hart arbeiten, durch Schichtarbeit ihr Privatleben reduzieren, infolge Pflegenotstands in den Sog der Arbeit geraten, emotional als Frauen besonders gefordert werden und mit 40 Jahren ihre besten Kräfte verausgabt haben. Vergleichbare Belastungen gibt es für Frauen in allen personenzentrierten Berufen.

Frauen in solchen Lebenssituationen mit Tranquilizern emotional zu lähmen, mit Neuroleptika und Antidepressiva jedes Auswegs zu berauben, das nennt Glaeske mit Recht "Gewalt gegen Frauen, da diese Mittel Gefühle abschneiden, von der Realität abschirmen und eine nur scheinbare Stabilität durch eine verordnete Bewältigungsform erzeugen".

Hilfsmöglichkeiten müssen entwickelt werden. Selbsthilfegruppen sind meist von Männern dominierte Alkoholikergruppen, die solche unauffälligen Tabletten nicht ernst nehmen. Abhängige Frauen fühlen sich meist nicht abhängig und finden nicht den Weg in eine Beratungsstelle.

Als Apothekerinnen haben wir mit vielen Patientinnen Kontakt und die Möglichkeit, sie zu sensibilisieren. Wir sind auch gefordert, andere Wege der Aufklärung zu wählen, sowohl in unsere Berufsöffentlichkeit, als auch in Volkshochschulen, Selbsthilfegruppen, regionalen Suchtgruppen.

Dieser Aufsatz kann nur ein kleiner Anriß sein. Nachstehende Literatur bietet der interessierten Leserin eine äußerst spannende Lektüre.

Literatur:

- Ellinger-Weber, S. und Kruse, M.: Psychopharmaka im Alltag. Hamburg, Ergebnisse-Verlag 1989
- Ernst, A. und Füller, I.: Schlucken und Schweigen - wie Arzneimittel Frauen zerstören können. Köln, Kiepenheuer & Witsch Verlag, 1988
- Jahrbuch Sucht '92. Neuland Verlagsgesellschaft Markt 24-26, 2054 Geesthacht
- Krause-Girth, C.: Scheinlösungen. Die Verschreibungspraxis von Psychopharmaka. Bonn, Psychiatrie-Verlag 1989
- Medikamentenabhängigkeit. Eine Information für Ärzte. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Westring 2, 4700 Hamm 1
- Scheerer, S. und Vogt, I. Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt, Campus-Verlag 1989
- Schwabe, U. und Paffrath, D.: Arzneiverordnungsreport. Stuttgart, G. Fischer Verlag 1991
- Sichrovsky, P.: Krankheit auf Rezept, Köln, Kiepenheuer & Witsch Verlag, 1984

Ulrike Faber

Geschichte der Apothekerin

Die Teilnehmerinnen des diesjährigen Frauenseminars (8.-10.5.92 in Kaufungen) haben den Beschluß gefaßt, daß es dringend notwendig ist, nach einem Jubiläumsjahr 750 Jahre Apothekerberuf den Beruf der Apothekerin historisch zu beleuchten. Für unser Ziel, die Gleichstellung der Frauen im beruflichen Alltag durchzusetzen und ihrer Diskriminierung z.B. durch frauenfeindliche Pharmawerbung oder mangelnde Vertretung in den Ständesgremien ein Ende zu setzen, kann uns ein Bewußtsein für unsere Geschichte sicherlich von Nutzen sein. Welcher Mauer männlicher Arroganz noch unsere Großmütter begegneten, mag uns verdeutlichen, wieviel schon erreicht wurde. Die Feststellung, daß wir heute noch durch Ideologien behindert werden, welche schon unsere Vorfahrinnen quälten, zeigt uns, daß wir nur langsam voran kommen. Eine Standortbestimmung zum Berufsbild der Apothekerin könnte in diesem geschichtlichen Zusammenhang interessant sein.

Deshalb haben wir uns vorgenommen, einen Teil des nächsten Seminares im Frühjahr 1993 unserer Geschichte zu widmen. Nach einer ersten Diskussion haben sich schon einige thematische Konzepte ergeben.

Den Schwerpunkt werden die Diskussionen um die Jahrhundertwende, über die Erlaubnis für Frauen als Apothekerinnen zu arbeiten, bilden, also Dinge wie Reichs- bzw. Landtagsdebatten über die Zulassung von Frauen zum Studium der Pharmazie. Daneben stehen die ersten Pharmazeutinnen im Mittelpunkt, hier vor allem Magdalene Neff. Ein kurzer Streifzug durch die Geschichte der Frau in der Heilkunde wird das Projekt sicherlich abrunden, da diese historischen Bezüge sowohl von den Gegnern der weiblichen Betätigung auf dem Gebiet der Pharmazie als auch von deren Befürwortern argumentativ verwertet wurden. Weitere Aspekte, wie Apothekerinnen im Nationalsozialismus bzw. ihre Tätigkeit während des Krieges und ihre Stellung in der Nachkriegsära, sind denkbar. Wir hoffen uns

dabei auch der Methode der mündlichen Überlieferung ("oral history") zu bedienen. Erste Ideen, Zeitzeuginnen zu befragen, stießen in Kaufungen schon auf großes Interesse.

Die Vorgehensweise soll folgendermaßen aussehen:

Alle Frauen, die mitarbeiten wollen, können sich bei:

- * Dorothea Hofferberth Ruschenbrink 23, W-3250 Hameln (05151/ 64096)
- * Ildiko Szasz, Herkulesstr. 9, W-3500 Kassel (0561-17798) (Ab 15.7.92 Parkstr. 47, 3500 Kassel)
- * Ingeborg Simon, Hewaldstr. 5, W-1000 Berlin 62 melden.

Wir werden versuchen, alle Ideen zu sammeln, die inhaltlichen Vorschläge zu strukturieren und diese zur Bearbeitung zusammen mit dem dazu notwendigen Material an die an der Mitarbeit Interessierten zu verteilen. Beim nächsten Treffen in Kaufungen sollten dann erste Ergebnisse vorliegen, so daß wir nicht nur ein Arbeitsseminar veranstalten, sondern auch denjenigen etwas bieten können, die direkt zum Thema nichts erarbeiten konnten, aber daran Interesse haben bzw. sich noch inspirieren lassen wollen. Geplantes Fernziel ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse, eventuell zunächst in Form kleinerer Artikel.

Ildikó Szász



Apothekerkammer Berlin

Delegiertenversammlung am 27. April 1992

Die Apothekerkammer, Ort der Demokratie und der Gleichberechtigung?

Schön wäre es ja, wenn die hehren Vorstellungen von Demokratie tatsächlich immer umgesetzt würden. Diesmal konnte man/frau handfest miterleben, was unter Demokratie auf der Seite des Vorstands der Apothekerkammer Berlin verstanden wird: Demokratie dient dazu, den einen Punkt als diskussionswürdig, den anderen als diskussionsunwürdig zu betrachten.

Diskussionswürdig ist ein Punkt, der den Interessen der Mehrheit in der Delegiertenversammlung, vertreten durch den Vorstand, dienlich ist; diskussionsunwürdig sind unbequeme Punkte, die von Seiten der Opposition vorgebracht werden.

Was war passiert? Walter Schmidt (VDPP) hatte einen wichtigen Antrag zum Thema Altersversorgung eingebracht, der sich mit der Anrechnung von Kindererziehungszeiten bei der Berechnung der Rente beschäftigte. Da dieser Antrag aus Zeitgründen bereits bei früheren Sitzungen verschoben worden war, wäre eine Behandlung - auch aus Dringlichkeitsgründen - eigentlich zwingend notwendig gewesen. Leider fehlten bei der Sitzung so viele Delegierte (auch aus der Fraktion Gesundheit), daß eine erforderliche Zweidrittel-Mehrheit für eine entsprechende Satzungsänderung nicht erreicht worden wäre. Dies gab den Mehrheitsfraktionen das Argument in die Hand, den Punkt erst gar nicht zu diskutieren. Vielleicht wäre dies noch verständlich, wenn sie in einer ähnlichen Situation nicht anders entschieden hätten. Als es nämlich um Fragen der Weiterbildung ging und bereits festgestellt worden war, daß der dazugehörige Antrag aufgrund der ungenügenden Vorbereitung nicht abstimmungsfähig war, hatten die Delegierten keine Probleme damit, diesen Punkt in aller Ausführlichkeit zu diskutieren. Das Messen mit zweierlei Maß ist schon tief deprimierend.

Ein zweites Lehrstück in Sachen Demokratie: ein unter der Aufbruchstimmung in der vergangenen

Sitzung der Delegiertenversammlung am 16. März gefaßter Beschluß, der u.a. die Behandlung der Fragen der Altersversorgung in einer extra dafür einberufenen Sitzung verlangte und seinerseits auch eine Mehrheit bekommen hatte, erfüllte jetzt nicht mehr den Wunsch der Mehrheit der Delegierten. Er wurde aufgehoben. Wenn es auch verständlich ist, daß ein eventuell übereilt gefaßter Beschluß rückgängig gemacht werden muß, so trifft das in diesem Fall aber nicht so ohne weiteres zu. Denn der Wunsch, Fragen der Altersversorgung in einer eigenen Sitzung zu behandeln, in der dann die Nichtmitglieder dieser Versorgung erst gar nicht anwesend sein brauchen und deswegen eine Art Nötigung für diese Delegierten zur Mitabstimmung entfällt, wurde wiederum als nicht diskussionswürdig empfunden. So werden auch in Zukunft Nichtmitglieder der Altersversorgung gezwungen, bei Satzungsänderungen an der Abstimmung teilzunehmen, um eine Zweidrittel-Mehrheit zu ermöglichen - eine wie ich meine groteske Situation.

Zum Punkt "*Situation in den Apotheken Ost-Berlins*", ein Punkt, der bisher nur dazu gedient hatte, Kritik an den Veröffentlichungen der ÖTV zu üben: diesmal gab es interessante Daten aus dem Ostteil der Stadt und erfreulicherweise eine Kritik an gewissen Nachteilen der Marktwirtschaft. Der Vertreter Ost-Berlins bemängelte die Flut unsinniger Werbeproschüren der pharmazeutischen Industrie und ihr großes Aufgebot an Pharmareferenten, das jetzt gespanntere Verhältnis zu den Ärzten, die Unübersichtlichkeit über Produkte des Arzneimittelmarktes und das Zusammenbrechen von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen - eine wohl realistische Betrachtung der Situation, die jedoch keinen Anlaß zur weiteren Diskussion zu bieten schien. Zumindest finanziell stehen die Apotheken dort sehr gut da. Leider ist man noch nicht auf die Idee gekommen, das Tarifgehalt als Mindestgehalt zu sehen und bedauerte deswegen scheinheilig die geringen Gehälter

Letzter Punkt: Weiterbildung - des Titelaspiranten und des Titelvergebenden liebstes Kind. Die Entwürfe der geplanten Anpassung der Anlage zur Weiterbildungsordnung und der Richtlinien für die Durchführung der Weiterbildung erregten die Delegierten sehr. Fazit: der Entwurf ist nicht genügend durchdacht und geht z.B. nicht auf die feinen Unter-

schiede zwischen Krankenhaus-Apotheke und krankenhausversorgender Apotheke ein. Außerdem wurden Übergangsregelungen für West-ApothekerInnen vermißt, die auf den neuen Weiterbildungsgebieten "Arzneimittelinformation" und "Ökologie und Toxikologie" bereits tätig sind. Auch da soll geändert werden.

Soweit für heute. Daß es auch anderen bei dieser Sitzung nicht wohl war, möge folgende Einschätzung zeigen.

Udo Puteanus

Delegiertenversammlung Berlin

"Neues aus Posemuckel bei Berlin"

Wie immer zu Beginn einer Legislaturperiode keimt ein zartes Pflänzchen der Hoffnung: Minderheiten in der Delegiertenversammlung (DV) werden respektiert. Aber nein, leider, leider kommt dann bald wieder die Dampfwalze der mehrheitlich sturen Rücksichtslosigkeit und walzt alles platt. Es wird wieder der rechte Umgang mit abweichenden Meinungen gepflegt.

Da werden vorangegangene Mehrheitsbeschlüsse der DV madig gemacht, weil sie einmal von Minderheiten initiiert waren. Zugegeben, die Begründung ist ehrlich durchschlagend: Die Delegierten waren bei der Abstimmung bereits zu müde und wußten nicht mehr, wann die rechte Zeit war, den Arm zu heben, außerdem wollten sie nach Hause! Also wird der Beschluß wieder aufgehoben. (Hoffentlich sind die Delegierten diesmal frisch genug, sonst muß der Beschluß der Aufhebung wieder aufgehoben werden!)

Da wird ein Antrag eines Delegierten bereits zum zweiten Mal ein drittes Mal verschoben. Dabei geht es ja nur um so relativ unwichtige Nichtigkeiten wie Minderung (Minderung, nicht fehlende Steigerung!) der Rente in der Apothekerversorgung bei Inanspruchnahme von Kindererziehungszeiten. Es muß eine Nichtigkeit sein, denn die Delegierten bescheinigten sich doch gerade zwei Minuten vorher lang und breit das hehre Verantwortungsbewußtsein für

die Apothekerversorgung, auch ohne Mitglied dieser Rentenkasse sein zu müssen.



Vielleicht gibt es schließlich gar nicht so viele arme Kolleginnen, die später einmal auf ihre Rente angewiesen sein werden...

Dafür gibt es die rührende Szene eines Delegierten, der die Anwesenden zur Selbstkritik ermuntert, weil die Beteiligung an Delegiertenversammlungen, bei denen wichtige Satzungsänderungen anstehen, immer so gering ist. Er übersieht, daß gerade Delegierte seiner doch so zahlreich zur Wahl angetretenen Liste die DV nur vom Hörensagen kennt, und die Anwesenden die Fehlenden offensichtlich auch nur. Da wird die Mottenkiste erprobter Diskussionsbremsen reichlich entstaubt: Schluß der Rednerliste, Schluß der Debatte, Übergang zur Tagesordnung etc. pp.

Wenn allerdings der Vize einen Beschluß der vorangegangenen Sitzung wieder aufgehoben sehen möchte, ist man heftig und wild entschlossen zu diskutieren. Bis zum süßen Ende. Tatsächlich! Nun ja, es ist Ende April, der Mai naht und die Apotheken schlagen aus. Zumindest im Osten. Positive Bilanz bisher: Die Leute stehen noch Schlange, der Umsatz blüht, sehr ordentliche Renditen, die Einrichtungen, alles neu. Das Labor? Es gibt ja Übergangsregelungen. Das Gehalt der Mitarbeiter? Leider, leider sei man ja an den Tarifvertrag gebunden und der sei ja leider, leider so niedrig gehalten, schluchz. Aber soll da nicht bald ein Neuer abgeschlossen werden? Hoffentlich wird der dann besser, das wäre ja zu schön für die Mitarbeiter.

Alles frei erfunden? Ich weiß es selbst nicht mehr so genau, das kann doch eigentlich nicht wahr sein!!?

Bernd Drevenstedt

Apothekerversorgung benachteiligt Kindererziehende

Man stelle sich vor: die Inanspruchnahme von Kindererziehungszeiten führt dazu, daß man/frau im Rentenalter weniger Rente bekommt, als eine Person, die die gleichen Beiträge einzahlt, aber keine Kindererziehungszeiten vorzuweisen hat. So jedenfalls sieht die augenblickliche Lage in der Apothekerversorgung in Berlin aus. Das Beispiel im einzelnen:

Person mit Kindererziehungszeiten:
Eintritt in die Apothekerversorgung 1974
6 Jahre Kindererziehungszeiten
Zahlung voller Rentenbeiträge von 1980 über die Zeit von 30 Jahren:
das führt zu einem Rentenanspruch von **DM 5.500.**

Person ohne Kindererziehungszeiten:
Eintritt in die Apothekerversorgung 1980
Zahlung voller Rentenbeiträge von 1980 über die Zeit von 30 Jahren:
das führt zu einem Rentenanspruch von **DM 5.700.**

Obwohl die Person mit Kindererziehungszeiten längere Zeit Mitglied in der Apothekerversorgung ist, bekommt sie trotz gleicher Beitragszahlungen eine geringere Rente.

Diese Rechnung wurde von einem Mathematiker der Apothekerversorgung Berlin bestätigt. Hier handelt es sich also klar um eine Benachteiligung kindererziehender Personen, die so nicht stehenbleiben darf. Allerdings - das muß hier gesagt werden - gilt diese Ungerechtigkeit nur für Kindererziehungszeiten, die vor 1992 in Anspruch genommen wurden. Das heißt: werden Kindererziehungszeiten für Geburten nach dem 1.1.1992 in Anspruch genommen, tritt diese Ungerechtigkeit durch eine entsprechende Satzungsänderung nicht mehr auf.

An Euch, liebe VDPP-Mitglieder im nichtberliner Raum die Frage: Wie sieht das in Eurer Apothekerversorgung aus? Falls Euch ähnliche Ungerechtigkeiten auffallen oder aufgefallen sind, meldet Euch bei mir:

Walter Schmidt
Reichenberger Straße 61
W-1000 Berlin 36
Tel.: 030 / 612 52 46

In diesem Zusammenhang sei auf den Artikel von Bettina Berger hingewiesen: Kindererziehungszeiten. Berufsständische Versorgungszeiten ziehen nicht mit. In: DAZ Nr. 35/1991, S. 1808f.

von *Walter Schmidt*

Diskussion mit Karl-Hermann Haack

Die Regionalgruppe Berlin des VDPP hatten den SPD-Bundestagsabgeordneten und Apothekeninhaber Karl-Hermann Haack (Extertal bei Bielefeld) zu ihrem Treffen am 19.5.1992 eingeladen. Haack, auch Mitglied des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, erläuterte seine Meinung und die Meinung der SPD zu Fragen des GRG, der Arzneimittelgesetzgebung und der Zukunft des Apothekerberufes. Dabei wurden viele Gemeinsamkeiten mit den programmatischen Aussagen des VDPP deutlich.

Zentraler Diskussionspunkt war zunächst das von der SPD erneut in die Diskussion gebrachte **Arzneimittel-Institut**, das unabhängig vom BGA eine verbindliche Positivliste für Arzneimittel erstellen soll. Ob ein solches Institut - geplant in Form einer Stiftung öffentlichen Rechts - tatsächlich Chancen der Realisierung haben wird, blieb offen.

Nächstes Thema: **Arzneimittelgesetzgebung** und Probleme ihrer Umsetzung im Bereich der Zulassung von Arzneimitteln durch das BGA. Dieses Thema interessierte vor allem die im BGA arbeitenden KollegInnen des VDPP und bekam z.T. den Hauch einer Spezialistendiskussion. Zentrale Aussage Haacks: die Definition, was ein Arzneimittel ist bzw. was als Arzneimittel zugelassen werden muß, sollte enger gefaßt werden. um den derzeitigen Antragsstau im BGA abzubauen. Eine Neudefinition im AMG ist jedoch augenblicklich kaum zu erreichen, da sich die deutsche Arzneimittel-Definition auf europäischer Ebene weitgehend durchgesetzt hat. Änderungen werden in Zukunft vielleicht dann wieder möglich, wenn die europäischen Mitgliedsstaaten der EG die Nachteile der jetzigen Definition im eigenen Land erfahren.

Dritter Punkt: **die Zukunft des Apothekerberufes.** Um über die Zukunft der Apotheke zu reden und neue Modelle zu entwickeln, sollte nach Meinung Haacks nicht auf die alten Strukturen (z.B. Kammern) gesetzt werden, da sich die große, konservativ geprägte Mehrheit der Apotheker zu keinen neuen, patientenorientierten Apotheken-Modellen verleiten

lassen werde. Der nach "Erbscheinstudium" (Pharmaziestudium, mit der Aussicht, eine Apotheke zu erben) in die Apothekenleiter-Position strebende Nachwuchs werde an dieser Situation zudem nicht viel ändern. Chancen für engagierte KollegInnen sieht Haack auf dem Gebiet der Arzneimittel-Beratung in zukünftig z.B. als GmbH zu organisierenden Gesundheitszentren, in denen Ärzte und andere Gesundheitsberufe zusammenarbeiten sollten. ApothekerInnen hätten in einer solchen Institution Arzneimittel-Beratung durchzuführen, ohne gleichzeitig an eine Apotheke angebunden sein zu müssen. Zudem biete sich bei den Krankenkassen immer häufiger die Möglichkeit einer befriedigenden Berufstätigkeit. Eine weitere Möglichkeit ergebe sich auch aus der Gründung unabhängiger Arzneimittel-Beratungsbüros. Haack stimmte in diesem Zusammenhang dem Einwurf zu, daß für eine solche Perspektive an den Inhalten der Ausbildung, v.a. im Bereich Pharmakologie, einiges geändert werden müsse.



Karl-Hermann Haack gab neben seinen Äußerungen zu den genannten Themen auch einen Einblick in sein Politikverständnis. Die Durchsetzung von eigenen Positionen setze seiner Meinung nach Bündnisfähigkeit mit etwa gleichgesinnten Organisationen und Verbänden voraus. In unserer Verbände-Demokratie komme man ohne diese Bündnispolitik nicht aus, um dem politischen Gegner (= die "Strolche" - gemeint sind z.B. Pharmaindustrie und ABDA) Paroli bieten zu können. In diesem Zusammenhang bot er dem VDPP an, Vertreter unseres Vereins zu Anhörungen des Bundestages zu Fragen der Arzneimittel- und Apothekenpolitik einzuladen, sowie uns interessierende Informationen aus der Politik an den VDPP weiterzugeben. So lasse sich

vielleicht eine Politik "gegen die Strolche" gemeinsam effektiver gestalten.

Dieses Angebot sollten wir annehmen.

Udo Puteanus

Rationale Arzneimitteltherapie

Ein Symposium in Berlin

Es ist zwar inzwischen eine Binsenweisheit: die Arzneimitteltherapie in Deutschland folgt keinen rationalen Wegen. Das liegt an der Arzneimittelzulassungspraxis durch das Bundesgesundheitsamt aufgrund eines mangelhaften Arzneimittelgesetzes, das liegt an der Verordnungspraxis der Ärzte, an den hemmungslosen Werbestrategien der Pharmazeutischen Industrie, an den gewinnsüchtigen Apothekern, an den bewußt geförderten Ansprüchen der Patienten und an den nicht erfüllbaren Hoffnungen einer medikalisierten Gesellschaft. Wer hat da nicht noch einige Punkte hinzuzufügen!

Ergebnis dieser vielen Irrationalismen: hohe finanzielle Ausgaben für qualitativ zweifelhafte Arzneimittel, angereichert mit einem hohen Risikopotential und viel Stoff für politische Auseinandersetzungen. Seit Jahren wird über Verbesserungen gestritten, doch sind die Fortschritte mehr als dürftig.

Um eines Tages einen Schritt auf dem beschwerlichen Weg zur rationalen Arzneimitteltherapie weiterzukommen, wird zur Zeit an die Gründung einer "Gesellschaft zur Förderung des rationalen Arzneimitteleinsatzes" gedacht (Näheres zu dieser Gesellschaft im nächsten Rundbrief). Das Gründungskomitee dieser Gesellschaft hatte am 9. Mai 1992 zu einem Symposium in Berlin geladen, auf dem die verschiedenen Aspekte einer "Rationalen Arzneimitteltherapie" beleuchtet wurden.

An diesem Gespräch nahmen Vertreter unterschiedlicher Bereiche der Arzneimittelversorgung teil - ApothekerInnen fehlten allerdings auf dem Podium. So diskutierten Schulte-Sasse, Abholz, Schönhöfer, Rosenbrock, Schagen, Huber, eine Vertreter des Arzneimittelbriefes des Bundesgesundheitsamtes, der Pharmazeutischen Industrie, der Universität und der Politik über Möglichkeiten und Grenzen rationaler Arzneimitteltherapie.

Dabei stand zunächst die Definition im Vordergrund, was man unter rationaler Arzneimitteltherapie zu verstehen habe. Während die einen auf die rein naturwissenschaftlich begründete Therapie setzten, sahen die anderen auch in alternativen Therapie-

richtungen Ansätze rationaler Therapie, solange sich die Heilkundigen tatsächlich an das Denksystem der entsprechenden alternativen Richtung hielten.

In diesem Themenblock imponierte vor allem Heinz-Harald Abholz (niedergelassener Arzt) mit seinem Beitrag über rationale Arzneimitteltherapie in der ambulanten Praxis. Er arbeitete die Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Versorgung heraus und überzeugte mit seinem Plädoyer, die ambulante Therapie nach anderen Kriterien zu bewerten als die stationäre Versorgung. Trotzdem sah er auch in der ambulanten Versorgung große Qualitätsmängel, die er jedoch nicht durch Strafmaßnahmen gegen die ambulant tätigen Ärzte beheben wissen wollte. Er schlug statt dessen vor, diese Ärzte in Gruppen zu je 5-12 Personen monatlich zusammenkommen zu lassen, um gemeinsam ihre eigene Therapie kritisch zu beleuchten. Die als "Qualitätszirkel" bezeichneten Gruppen könnten entweder mit einem Supervisor durchgeführt werden, es könnten aber auch Sachverständige aus nicht-ärztlichen Disziplinen hinzugezogen werden. Durch die Arbeit dieser "Qualitätszirkel" erhofft sich Abholz auf Dauer eine qualitativ überzeugendere Versorgung der Patienten.

Im zweiten Themenblock wurden politische, rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen für die bestehende Arzneimittelversorgung untersucht. Hier trafen die bekannten politischen Gegensätze zwischen Befürwortern und Gegnern eines Eingriffes in die bisherigen Strukturen der Arzneimitteltherapie aufeinander. Vielleicht ergibt sich später einmal die Gelegenheit, darüber Näheres zu berichten.

Im letzten Themenblock wurden Strategieansätze zur Durchsetzung rationaler Arzneimitteltherapien erläutert. Hier kamen die Anhänger des Präventionsgedankens, der objektiven Arzneimittelinformation, der Qualifizierung von Ärzten und des Verbraucherschutzes zu Worte.

Ideen gibt es genug, um Verbesserungen auf unserem Arzneimittelmarkt voranzutreiben - allein es fehlt offensichtlich an der Fähigkeit, gute Gedanken auch durchsetzen zu können. So bleibt den Veranstaltern nur zu wünschen, das sie das ihre dazu beitragen mögen, die Arzneitherapie auf eine rationalere Grundlage zu stellen - sprich Irrationalismen zu beseitigen.

Udo Puteanus

Tagung der bundesdeutschen Studentenvertretung in Berlin

Zentrales Thema: Approbationsordnung

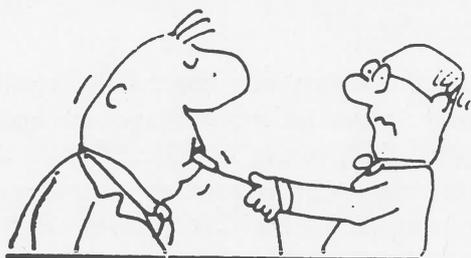
Diskussionen über eine neue Approbationsordnung bestimmten auch diesmal die Tagung des sich jetzt nennenden "Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland" (ehemals Fachverband Pharmazie FVP) vom 28. bis 31. Mai 1992 in Berlin. Dabei knüpfte man an Überlegungen an, die von einem Ausschuß bis zu dieser Tagung erarbeitet und bereits auf dem Studentenforum der interpharm in Stuttgart in diesem Jahr vorgestellt worden waren. Hier ist jedoch nicht der Platz für eine umfassende Berichterstattung über die Tagung in Berlin, zumal die Fachpresse darüber ausführlich berichtet hat bzw. berichten wird.

Die Unzufriedenheit der Pharmazie-StudentInnen mit ihrem Studium hat sich auch nach der Änderung der Approbationsordnung im Jahre 1989 nicht gebessert. Die eigentlich angestrebte Entzerrung des Studiums hat nicht stattgefunden. Immer noch wird das Grundstudium von den chemischen Grundlagenfächern über Gebühr dominiert. Die medizinischen und pharmakologischen Fächer werden weiterhin in nur unzureichendem Maße angeboten. Am Schulcharakter des Studiums hat sich bis heute nichts geändert.

In einer Resolution am Schluß der Tagung sollten die wichtigsten Forderungen der StudentInnen nochmals festgelegt werden. Hier zeigte sich aber, daß bestimmte Themen noch längst nicht ausdiskutiert waren. Einig war man sich in der Forderung, die Pflichtpraktika im Fach qualitative und quantitative anorganische Analyse radikal zu kürzen. Außerdem wurde gefordert, den theoretischen Stoff besser in Form von Seminaren und auf Kosten der Praktikumszeit zu verarbeiten, um ihn anschließend in den Praktika sinnvoll anwenden zu können. Einig war man sich auch darin, daß von Seiten der Universität Wahlpflichtfächer angeboten werden sollten, um den fachlichen Neigungen der StudentInnen entgegenzukommen und das verschulte Studium ein wenig universitärer zu gestalten. Zudem wurde die Aufnahme von sozialpharmazeutischen Themen in den Studiengang gefordert, wobei jedoch aus taktischen Gründen auf die Bezeichnung "Sozialpharmazie" verzichtet werden soll.

Heftig diskutiert wurde die von allen Seiten getragene Forderung, das Studium mehr als bisher zum Erlernen des selbständigen wissenschaftlichen Arbeitens zu nutzen. Ob dies mit der Erstellung einer obligatorischen oder einer fakultativen Diplom- oder Staatsexamensarbeit oder durch eine das ganze Studium umfassende Verwissenschaftlichung der Lehre erreicht werden sollte, blieb am Ende ungeklärt.

Heftige Kritik äußerten die StudentInnen auch an den praktikumsbegleitenden Unterrichtsveranstaltungen während des Praktischen Jahres. Diese seien oftmals wenig informativ, qualitativ unzureichend und didaktisch miserabel. Eine Verbesserung erhoffte sich die Mehrheit durch die Verdoppelung des theoretischen Teils des Praktischen Jahres und durch eine Verlagerung des Unterrichts von den Apothekerkammern in die Universitäten.



In der am Sonntag stattfindenden Podiumsdiskussion mit Dr. Morck (Frankfurt/Main, PZ), Dr. Ilgen (Krefeld, Krankenhausapothekerin), Dr. Schaefer (Berlin, Sozialpharmazeutin) und Dr. Radziwill (Fulda, Krankenhausapotheker) zeigte sich große Übereinstimmung in den Vorstellungen der Krankenhausapotheker, der Sozialpharmazeutin und der StudentInnen: Einheitlichkeit der Ausbildung, Abwehr eines Abdriftens des Studiums auf das Niveau eines Fachhochschulstudiums, Verwissenschaftlichung der Lehre, Kürzung der chemischen Praktika, mehr Konzentration der Lehre auf die Fächer Humanbiologie, Klinische Pharmazie und Pharmakoepidemiologie. Übereinstimmend setzten sich die Anwesenden auch dafür ein, daß während des Praktischen Jahres die Anwesenheit des PJ-ler in einer öffentlichen Apotheke auf sechs Monate beschränkt werden müsse; die übrigen sechs Monate seien in der Krankenhausapotheke, in der Industrie, der Verwaltung oder an der Hochschule zu absolvieren.

Die inhaltliche Füllung dieser Forderung war in diesem Kreis weniger umstritten als deren praktische und vor allem taktische Umsetzung in der Ausein-

andersetzung mit den Hochschullehrern und den Berufsverbänden. Hier wurde in Ansätzen deutlich, mit welchen Widerständen zu rechnen ist.

An diesem Punkt hätte die Diskussion eigentlich nochmals spannend werden können. Denn gerade am Widerstand der Berufsverbände wird sich zeigen, worum es bei einer Ausbildungsreform eigentlich geht - nämlich um die zukünftige Aufgabe der Apotheken und der ApothekerInnen. Die von Seiten unseres Verbandes (VDPP) sicherlich meist unterstützenswerten Vorstellungen der StudentInnen und KrankenhausapothekerInnen ergeben ja nur dann einen Sinn, wenn sich die Berufspraxis in den Apotheken entsprechend ändert. Es darf ja nicht vergessen werden, daß ca. 80% der StudentInnen später in der öffentlichen Apotheke tätig sein werden. Die bisherige Berufspraxis in der Apotheke ermöglicht aber nur in seltenen Fällen die Umsetzung des erlernten Wissens, so daß die politischen Entscheidungsträger wohl kaum von der Notwendigkeit einer gründlichen Ausbildungsreform gegen den zu erwartenden Widerstand und mit der Aussicht auf eventuelle zusätzliche finanzielle Aufwendungen überzeugt werden können. Es sollte deshalb Aufgabe unseres Verbandes sein, die Bemühungen der StudentInnen und der KrankenhausapothekerInnen für eine Ausbildungsreform zu unterstützen; gleichzeitig sollte aber auf den Zusammenhang mit der Berufspraxis und die Notwendigkeit dortiger Veränderungen hingewiesen werden, damit die Diskussion nicht dazu verkommt, der Imageverbesserung eines ansonsten vom Krämergeist beseelten Berufes zu dienen.

Weitere Themen

Die Tagung vermittelte dem Teilnehmer das intensive Bemühen der StudentInnen, die Lehre an den einzelnen Universitäten zu verbessern. Dazu war eine Befragung der StudentInnen und ProfessorInnen über die Qualität der Vorlesungen durchgeführt worden, deren Ergebnis in naher Zukunft ohne Nennung von Namen veröffentlicht werden soll. Verbesserte Erstsemesterveranstaltungen und der Austausch von Vorlesungs-Skripten waren weitere intensive Beratungsthemen.

Mit einem Patienten-Beratungsseminar unter Anleitung eines Kommunikationswissenschaftlers versuchten sich die StudentInnen auf die spätere Berufspraxis vorzubereiten. Weitere Seminare sind in ähnlicher Form an den einzelnen Universitäten vorgesehen. Hierin zeigt sich der Versuch, schon während des Studiums eine patientenorientierte

Praxis zu üben und den sog. Sprung ins kalte Wasser etwas vorzubereiten.

Von Seiten der PJ-ler wurde bemängelt, daß ihnen während des Praktischen Jahres der Status eines Auszubildenden oder eines Studenten verwehrt werde. Dies mache es ihnen unmöglich, Preisnachlässe für den öffentlichen Personen-Nahverkehr und für Kulturveranstaltungen in Anspruch zu nehmen. Außerdem kritisierten sie, daß es den Berliner PJ-lern immer noch nicht möglich sei, in die Apothekerversorgung einzutreten, so daß der finanzielle Arbeitgeberanteil in dieser Zeit verfallende. Zudem sollte ein verbindlicher Leitfaden für die Gestaltung der praktikumsbegleitenden Unterrichtsveranstaltungen festgelegt werden, wie er z.B. von der Apothekerkammer Nordrhein erstellt worden ist.

Auf eine Ungerechtigkeit gegenüber anderen Studiengängen wurde bei der Vergabe von BAFÖG-Geldern hingewiesen. Während normalerweise die Förderungshöchstdauer die Regelstudienzeit um ein Semester übersteigt, müssen sich PharmaziestudentInnen mit einer acht-semestrigen Förderungshöchstdauer zufrieden geben. Gegen diese Ungerechtigkeit soll durch weitere Eingaben an die zuständigen politischen Stellen vorgegangen werden.

Zuletzt soll in einem Punkt auf die Aktivitäten auf internationaler Ebene eingegangen werden. Um den Austausch der PharmaziestudentInnen zu fördern, werden Apotheken gesucht, die bereit wären, ein/n StudentIn für eine Famulatur aufzunehmen. Vielleicht gibt es in unserem Verband selbständige KollegInnen, die sich hier angesprochen fühlen.

Udo Puteanus

Pharmazie in Indien

Besuch eines indischen Pharmareferenten der FMRAI in Hamburg

Zum Ausklang eines verregneten 1.Mai-Wochenendes trafen wir zum späten Abend Mr. Amitava Guha von der indischen Pharmavertreter/ Pharmareferentenorganisation (Federation of Medical and Sales Representatives Associations of India, FMRAI). In ihr sind 25 000 Vertreter aus 700 Firmen organisiert. Ihr Wirkungsbereich umfaßt einerseits traditionelle Gewerkschaftsaufgaben wie Lohn- und Sozialpolitik, z.B. betreibt die Organisa-

tion in 200 Städten Centren, in denen die Reisenden übernachten können. Andererseits befaßt sich die Organisation kritisch mit den (unethischen) Vermarktungspraktiken und der Preispolitik der pharmazeutischen Industrie.

Die Kontakte wurden über HAI (Health Action International) via BUKO geknüpft. Mr. Guha gab uns einige interessante Einblicke in die indische Arzneimittelversorgung und das Apothekenwesen.

In Indien leben ca 800 Mio Menschen, 20% davon verwenden westliche Arzneimittel mit einem Umsatz von 1000 Mio US \$.

Wenig beeindruckend konnte uns Amitava Guha mit der Zahl der im Handel befindlichen Präparate: Es sind ca 60 000. Das sind etwa halb so viele wie in Deutschland. Fast alle von ihm genannten Beispiele von irrationaler Pharmakotherapie, die deutsche Firmen in Indien vertreiben, waren auch bei uns auf dem Markt. Da wir uns in der Fleming Apotheke trafen, brauchten wir nur die Schublade zu ziehen, um die entsprechenden Präparate herauszuholen (Neurobion, Encephabol)

Indien, so scheint es, ist ein attraktiver Markt für in- und ausländische Pharmahersteller, und das trotz staatlich festgelegter Preise. Bisher konnte die Industrie mangels Kontrolle doch ihre Preisvorstellungen umsetzen. Erst nach einem langjährigen Prozeß durch mehrere Instanzen konnten jetzt eine Reihe von Firmen zu einer Rückzahlung wegen überhöhter Preise verurteilt werden.

Für das Betreiben einer Apotheke muß ein ApothekerIn zuständig sein. Da es aber an ausgebildeten Fachleuten fehlt, arbeitet oft ein Pharmazeut "gleichzeitig" in mehreren Apotheken.

Neben diesen privatwirtschaftlichen Apotheken gibt es Medikamenten-abgabestellen der staatlichen Krankenversicherung. Allerdings ist hierin nur ein Teil der abhängig Beschäftigten organisiert. Alle in der Landwirtschaft Tätigen z. B. haben an diesem Versicherungssystem nicht teil.

Nach 2 Stunden englischer Konversation waren wir alle sichtlich müde. Auf Nachfrage erzählte Amitava Guha auch von seinen Schwierigkeiten mit seinem Arbeitgeber, der es gar nicht gern sieht, wenn der Arzneimittelmarkt kritisch durchleuchtet wird.

Gudrun Hahn

Buchbesprechung

Mythos Tierversuch. Eine wissenschaftskritische Untersuchung. Von Bernhard Rambeck. Verlag 2001, Frankfurt/Main. BstNr. 18031, 313 Seiten, DM 10.-

(Eine etwas lang geratene Vorstellung eines Buches über Tierversuche)

Die Mehrzahl von uns kennt wohl den von der Firma Bayer entwickelten Calciumantagonisten Nimodipin, oder? Wer hat jedoch von dem folgenden Tierversuch zur Pharmakokinetik dieses Wirkstoffes gehört, der 1985 im Europ. Journal of Drug Metabolism and Pharmakokinetics No. 10 veröffentlicht wurde: *"Zur Untersuchung der Ausscheidung der Substanz Nimodipin wurde bei 4 Ratten eine Gallengang-Fistel (operativ durchgeführte Öffnung nach außen) angelegt und Katheter zur Einnahme von Proben eingenäht. Nachdem die Tiere wieder zu Bewußtsein gekommen waren, wurden sie zu einer Kaskade (Verbundsystem) verbunden. Das erste Tier erhielt das radioaktiv markierte Nimodipin. Die Galle von Tier 1 wurde in Darm von Tier 2 und dessen Galle wiederum in Tier 3 geleitet. Die Galle von Tier 3 wurde gesammelt. Dadurch ließ sich feststellen, welcher Prozentsatz der Substanz über welchen Weg ausgeschieden wurde. 48 bis 72 Stunden nach Beginn der Experimente wurden die Tiere durch Ausbluten getötet und Gewebeproben untersucht"* (Mythos Tierversuche, S. 256).

Das Schicksal der durch diese barbarische Prozedur mißbrauchten Tiere unterscheidet sich kaum von dem der anderen Versuchstiere, die auf den Altären der Wissenschaft und des Kommerzes geopfert werden. 1990 waren es in den alten Bundesländern 2.365.928 Tiere, die laut Versuchstiermeldeverordnung "verbraucht" wurden, wovon 1,47 Mio. für die Entwicklung und Prüfung für Arzneimittel erhalten mußten. Angesichts dieser beschämend hohen Zahl, die ja nur einen Teil der insgesamt für Tierversuche benutzten Tiere darstellt, und bedingt durch den gewachsenen Kenntnisstand über den brutalen Ablauf vieler Tierversuche ist es

nicht verwunderlich, daß die Zahl der Kritiker in den letzten Jahren immer größer geworden ist. Waren es in der Vergangenheit meistens Laien, wie z.B. Tierschutzvereine oder Tierfreunde, die in den Fußgängerzonen Flugblätter verteilten und an Plakatwänden furchterregende Fotos von gequälten Versuchstieren zeigten, um so eine möglichst große moralische "Betroffenheit" zu erzeugen, so melden sich in der letzten Zeit auch immer häufiger Naturwissenschaftler zu Wort, die auf die wissenschaftliche Fragwürdigkeit der Tierversuche hinweisen. Der Zufall (oder war es etwa die Vorsehung?) wollte es, daß ich kurz, bevor wir in Frankfurt über das neue VdPP-Programm diskutierten und ich dort mit einigen anderen über die Formulierung stolperte "... die Tierversuche auf das unbedingt notwendige Ausmaß unter Einhaltung der Bestimmungen des Tierschutzes einzuschränken" (Zitat Programmwurf), zum ersten Mal durch eine Anzeige auf die Vereinigung "Ärzte gegen Tierversuche" aufmerksam gemacht wurde (deren Adresse lautet: Nußzeil 50, 6000 Frankfurt/Main 50). Zum zehnjährigen Jubiläum dieser Vereinigung erschien 1990 im 2001-Verlag das Buch "Mythos Tierversuch". Der Autor Bernhard Rambeck, 1946 in München geboren, promovierte nach seinem Chemie-Studium mit einer Arbeit aus dem Bereich der mikrobiellen Biologie und ist heute Leiter der biochemischen Abteilung der Gesellschaft für Epilepsie-Forschung in Bethel. Seit 1985 beschäftigt er sich nach eigenem Bekunden mit Sinn und Unsinn tierexperimenteller Forschungssysteme.

... und wie gesagt



Berhard Rambeck lehnt Tierversuche aus verschiedenen Gründen ab:

- aus ethischen Gründen, da Tieren ein Recht auf ein naturgemäßes, qualfreies Leben zusteht,
- aus Methoden-kritischen Gründen, da das sogenannte "Modell" der Krankheit am

Versuchstier außer gewissen Symptomen nur wenig mit einer menschlichen Krankheit zu tun hat, die ja meistens sehr unterschiedliche Ursachen haben kann,

- aus **medizinisch-philosophischen** Gründen, da Tierversuche dazu beitragen, daß sich die Medizin immer mehr von ihrer Aufgabe, nämlich Krankheiten vorzubeugen und zu heilen, entferne und sich nur mit dem Beseitigen von Symptomen beschäftige,
- aus **wissenschaftskritischen** Gründen, da die Erweiterung unseres Horizontes da ein Ende haben müsse, wo man sie nur durch Qual und Tod erreichen kann,
- aus **politischen** Gründen, da das tierexperimentelle System, wie die Gentechnologie und die Atomkraft, Teil eines lebensverachtenden Forschungs- und Ausbeutungssystems sei.

Im Kapitel 1 des Buches setzt sich der Autor mit zehn Thesen der Tierversuchsbefürworter auseinander, wie z.B. *"Medizinisches Wissen basiert auf Tierversuchen"*, *"Tierversuche sind zur Abwendung von neuen bedrohlichen Krankheiten notwendig"*, *"Medizinische Forschung ist ohne Tierversuche nicht möglich"*, *"Erst durch Tierversuche lassen sich Risiken von neuen Medikamenten, Impfstoffen und Chemikalien abschätzen"* usw. Sein Anliegen ist, diese Aussagen als Mythen zu entlarven, indem er einen Rückblick auf die Geschichte der Medizin wirft und auch den Zustand der heutigen medizinischen und pharmazeutischen Forschung einer kritischen Prüfung unterzieht.

Das Kapitel 2 *"Epilepsie-Forschung und Tierversuche"* und Kapitel 3 *"AIDS-Forschung und Tierversuche"* zeigen exemplarisch, wie Tierversuche die Erforschung bestimmter Krankheiten und die Erprobung neuer Arzneimittel häufig eher behindern als fördern. Nach den Ursachen für den Einsatz von Tierversuchen wird im Kapitel 4 *"Was hat Vivisektion mit Hexenverfolgung zu tun?"* gefragt. Im 5. Kapitel folgt dann noch eine Bestandsaufnahme mit dem Titel: *"Die Abschaffung der Tierversuche: Wege, Möglichkeiten, Aussichten."* Die Argumente der Tierversuchsbefürworter werden ebenso vorgestellt wie die Chancen der Versuchsgegner, ihren Vorstellungen Gehör zu verleihen. Für Freunde des

bizarren Grauens befinden sich am Ende des Buches noch etwa 70 Tierversuchsprotokolle, die einen allein schon zum Tierversuchsgegner bekehren können.

... immer schön
an mich denken.



Da die Notwendigkeit, Tierversuche durchzuführen, bisher kaum öffentlich diskutiert worden ist, bietet dieses Buch nicht nur für den Laien einen sehr guten Einblick in die Gedankenwelt der Tierversuchsgegner. Gerade wir als ApothekerInnen sollten uns an dieser Diskussion beteiligen, da wir am besten wissen müßten, wie fragwürdig der Nutzen und die Verträglichkeit vieler Arzneistoffe ist. Hinzu kommt noch die Tatsache, daß trotz der 1,47 Mio. Tiere, die im Arzneimittelbereich jährlich benutzt werden, pro Jahr zigtausend [5600 bis 8800, Angaben nach Prof. Schönhöfer, RB 11, S. 9, Wir sollten mit solchen Zahlenangaben vielleicht etwas näher an der Realität bleiben, der Säzzer!!] Menschen an den Folgen des Arzneimittelgebrauchs sterben.

Thomas Hammer

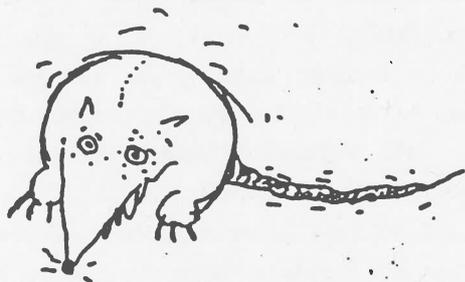
Buchbesprechung

Gerhard Zbinden: Menschen, Tiere und Chemie. M.T.C. Verlag Zollikon, 8702 Zollikon, Schweiz, ca 45 DM

Als Arzneimittelfachleute, die vor allem die Interessen der Patienten im Auge haben, ist eine Auseinandersetzung mit der Problematik von Tierversuchen nicht zu vermeiden. Für alle diejenigen, die einerseits Tierversuchen zurückhaltend bis skeptisch gegenüberstehen und andererseits die Notwendigkeit von bestimmten

toxikologischen Untersuchungen sehen, gibt es "Menschen, Tiere und Chemie". Das Buch behandelt eine Vielzahl von toxikologischen Fragestellungen und setzt sich unter anderem mit dem Problem der Risikoabschätzung auseinander. Die Adressaten sind "normale" Menschen ohne besondere toxikologische Vorbildung, daher wurde besonderer Wert auf eine klare und verständliche Sprache gelegt, auch für Pharmazeuten ist das mit Sicherheit nicht von Nachteil. Der Autor, Gerhard Zbinden, inzwischen emeritierter Professor für Toxikologie an der ETH Zürich, hat sich frühzeitig für die Förderung von Alternativmethoden zum Tierversuch und die Reduktion des Tierverbrauches in der biomedizinischen Forschung eingesetzt.

Nach einer kurzen Einführung beginnt Zbinden mit der Frage "Können toxikologische Befunde am Tier auf den Menschen übertragen werden?" Es werden unter anderem die Probleme von falsch positiven (Tierversuch positiv/Mensch negativ) und von falsch negativen (Tierversuch negativ/Mensch positiv) Befunden erläutert und diskutiert. Insbesondere die Ursachen für falsch negative Befunde werden intensiv besprochen, denn diese haben schließlich besonders weitreichende Konsequenzen.



... Wenn ihr euch
Kosmetik
in die Fresse schmiert!

Ein Kapitel zeigt an Hand von einigen verheerenden Katastrophen die Entwicklung zur modernen Toxikologie. 1937 wurde in den USA Sulfanilamid als Elixier in den Handel gebracht, um die Behandlung von Kleinkindern zu ermöglichen. Sulfanilamid ist schlecht wasserlöslich, daher wurde 72%iges Diethylenglykol als Lösungsmittel ausgewählt. Die Substanz galt als harmlos und war schon längere Zeit bekannt. Über 100 Menschen starben an Nierenschädigungen, die das Diethylenglykol auslöste.

Auch niedrige Konzentrationen von Chemikalien können zu schweren Schädigungen führen, das

mußte man am Vinylchlorid erfahren. Die gasförmige Ausgangssubstanz für viele Kunststoffe wirkt erst in hohen Konzentrationen einschläfernd und galt lange Zeit in den in PVC-Betrieben vorkommenden niedrigen Konzentrationen als harmlos. Erst epidemiologische Untersuchungen ergaben - viele Jahre später - eine zehn- bis zwanzigfache Erhöhung des Risikos von PVC-Arbeitern an einem Leber- oder Pankreaskrebs zu erkranken.

Weiterhin beschreibt Zbinden noch die Thalidomid- und Asbestkatastrophen. In der Folge weist er daraufhin, daß alle Schädigungen in geeigneten Tiermodellen vorhersagbar gewesen wären.

Im Anschluß an dieses Kapitel folgen viele Beispiele für Schädigungen der verschiedenen Organsysteme und die zugrunde liegenden Wirkungsmechanismen.

Ausführlich werden auch die Mißerfolge der Toxikologie diskutiert, wobei sich das vor allem auf die falsch negativen Ergebnisse bezieht, denn bei den Substanzen, deren Weiterentwicklung gestoppt werden, weil sich im Tierversuch Schädigungen zeigen, die eine Anwendung am Menschen als nicht verantwortbar erscheinen lassen, läßt sich die Differenzierung in falsch positiv und richtig positiv nicht mehr treffen. Entscheidend ist vielmehr, daß in diesen Fällen keine Menschen geschädigt werden.

Als Nachtrag von meiner Seite sei hier das Beispiel der Chinolone genannt, in tierexperimentellen Studien wurde eine knorpelschädigende Wirkung bei juvenilen Tieren gefunden, daher wurde die Anwendung bei Schwangeren, Stillenden und Kindern untersagt. Wir wissen zur Zeit nicht, ob die Chinolone beim jugendlichen Menschen zu vergleichbaren Schäden führen können, aber die bloße Vorstellung, was passiert wäre, wenn diese Schädigung beim Menschen - nach vieltausendfacher Anwendung - beobachtet worden wäre, ist beunruhigend.

Zurück zu den falsch negativen Resultaten, hier hat Zbinden die Arzneimittel, die zwischen 1964 und 1983 in Großbritannien und den USA vom Markt zurückgezogen wurden, untersucht und jeden einzelnen Fall aufbereitet.

In meinen Augen kann das Buch einen wichtigen Beitrag zur Versachlichung der Debatte über die Notwendigkeit bestimmter Tierversuche leisten.

Thomas Schulz-Schalge

Änderungsvorschläge des Vorstands zu dem

"Entwurf eines überarbeiteten und erweiterten Programms des VDPP"

abgedruckt im Rundbrief Nr.12, April 92 S.19 - 34

Seite 19: Inhaltsverzeichnis

2. Gesundheit und Politik - Wechselwirkungen

3. Geschichte (alle Unterthemen werden im Inhaltsverzeichnis nicht genannt)

Seite 20: Vorspann

Zeile 4: Angesichts der Veränderungen.....angesprochenen Probleme haben wir das Programm weiterentwickelt.

Zeile 11: "die Realisierung" streichen.

Zeile 13: - die Verminderung des Einflusses der Pharm. Industrie hinsichtlich der Art und Umfang der AMversorgung

Seite 22: Die Apotheke von heute und ihr gesellschaftliches Umfeld

4.letzte Zeile: statt Anhebung: Aufhebung

Seite 24: Krankenhauspharmazie

Zeile 23: streichen "Viele Krankenhausapotheker erkennen diese Zusammenhänge nicht."

letzte Zeile: "Das muß sich auch in der Beteiligung der Krankenhausapotheker in der ABDA niederschlagen." Hier müßte eine Diskussion auf der MV noch klären, ob das eine VDPP Forderung wird.

Seite 26: Struktur und Politik der Landesgremien

Zeile 8: streichen: "Die von unserer Seite geforderte" und

Zeile 10: "wurde bisher abgelehnt."

stattdessen: Wir fordern weiterhin die von der Hauptversammlung deutscher Apotheker bisher abgelehnte Offenlegung der Zusammensetzung der Delegierten des Apothekertags nach Geschlecht, Status und berufspolitischer Funktion.

Seite 27: Überschrift: Gesundheit und Politik - Wechselwirkungen

Seite 28: 4.letzte Zeile: statt systemisch systematisch.

Seite 29: Frauen in der Pharmazie, Frauen und Arzneimittelverbrauch

Zeile 2: veränderte Zahlen: Trotz des hohen Frauenanteils (ca 54%, ABDA Bericht 91) liegt der Anteil der Apothekenleiterinnen nur bei 36%.

Zeile 11: Einige Kammern bemühen sich um die verstärkte Mitarbeit von Apothekerinnen und haben Frauenbeauftragte gewählt.

gestrichen wird das Folgende: "die in Zusammenarbeit ... und zu bewältigen."

Zeile 19: lay-out-Änderung: "Daher müssen für eine Gleichstellung der Frau ohne Nachteile sozialpolitisch angemessene Rahmenbedingungen geschaffen werden:"

Seite 31: Ökologie und Umweltschutz

vorletzte Zeile des Artikels: - Strengste Qualitätskriterien für Arzneimittel und kosmetische Mittel

Seite 32: Für Frieden - gegen Krieg

Zeile 11: PharmazeutInnen, die ... beteiligt sind, sind aufgerufen, diese Tätigkeit einzustellen.

Seite 33: Die Arzneimittelversorgung in der "Dritten Welt"
letzter Absatz: Die Pharmamärkte der "Dritten Welt" sind vielfach Spiegelbild der Pharmamärkte in industrialisierten Ländern. Mit dem Export problematischer AM bringen wir auch unsere AM-Probleme dorthin. Daher werden wir alle Strategien unterstützen, die eine möglichst hohe Arzneimittelsicherheit und -qualität auf unserem Pharmamarkt versprechen (z.B.). Wir fordern: Was hier nicht zugelassen ist, darf nicht exportiert werden.

Vorschlag für eine weitere Forderung im Bereich: Ökologie und Umweltschutz: (von Gudrun Hahn)

- Die Arzneibuchanalytik auf Umweltverträglichkeit zu überprüfen und entsprechend grundlegend zu verändern.

Adressenänderungen oder Kontenänderungen

bitte umgehend bei der Geschäftsstelle

in Hamburg angeben

sonst wird der Verein durch Rücklastschriften
mit jeweils DM 5.- belastet

An alle, die ihren Mitgliedsbeitrag auf das

KONTO DES VDPP BEI DER BERLINER SPARKASSE

überweisen

Das Konto des VDPP bei der Berliner Sparkasse wird demnächst **AUFGELÖST**. Die Geschäftsstelle bittet alle Mitglieder, in Zukunft ihre Beiträge nur noch auf das Konto beim Berliner Postscheckamt (Konto-Nr. 20047-105, BLZ 10010010) zu überweisen.

Änderungen und Ergänzungen zum Programmwurf 1992

Forderungen zum Punkt Ökologie: von Eugen Eschenlohr

1. Die Einführung des "4.Kriteriums" bei der Betriebsgenehmigung (=Umweltverträglichkeit) für Chemisch-Pharmazeutische Industrie + bei der Zulassung von Arzneimitteln. Anhörungsrecht für Umweltschutzverbände.
2. Nachweis der Sinnhaftigkeit des öffentlichen Interesses bei der Zulassung neuer Produkte.
3. Einstellung von Tierversuchen zur Prüfung bereits bekannter Arzneimittel + kosmetischer Hilfs- und Wirkstoffe
4. Umweltfreundliche Produktionsverfahren (incl. Entsorgung) der großen Pharmakonzerne auch in benachbarten Produktparten wie Chemie, Kunststoffe, Pflanzenschutzmittel, Kosmetik.
5. Einschränkung des Angebotes umwelttoxischer Pflanzenschutzmittel (auch als Exportware) Angebot + Beratung alternativer Pflanzenschutzmittel bzw. Methoden
International + National (z.B. in Apotheke; Anmerk.: der Apotheker ist ja "Pflanzenschutzmittelexperte"?!?)
6. Stärkere Einbindung umweltrelevanter Fragen + Problemlösungen in der fachlichen Ausbildung/Weiterbildung im pharmazeutischen Bereich (Apotheke + Industrie)
7. Kein Export von Giftmüll/Pharmamüll in Länder der "3.Welt"
8. Stärkere Zusammenarbeit der öffentlichen Gesundheitsstellen mit Umweltschutzverbänden.
9. Kriterium der Umweltverträglichkeit bei der Erstellung von Negativlisten
z.B. Bevorzugung pflanzlicher Arzneimittel bei gleichem Wirkungsspektrum
10. Bevorzugung ökologisch vertretbarer Darreichungsformen z.B. Glasflaschen (recyclebar) statt Kunststoffflaschen (noch nicht recyclebar) bei Infusionen.
11. Umweltsteuer bei ökologisch bedenklichen, aber notwendigen Arzneimitteln.

Pillen statt Glasperlen ?

Seit hundert Jahren verspricht die Pharmaindustrie den LateinamerikanerInnen Gesundheit durch Pillen. Doch ähnlich wie 1492 die Europäer Glasperlen gegen Gold tauschten, erfüllen viele Pillen heute ihre Heilsversprechen nicht.

Die BUKO Pharma-Kampagne hat anlässlich des 500. Jahrestages der Eroberung Lateinamerikas die Geschäfte eines großen deutschen Pharmakonzerns unter die Lupe genommen. Nicht zufällig fiel die Wahl auf die Darmstädter Firma E. Merck. Fast ein Viertel ihres Umsatzes erzielt Merck in Lateinamerika. Aber mit was für Medikamenten! Überflüssige, unsinnig zusammengesetzte und sogar gefährliche Präparate. Merck steht stellvertretend für die Fortsetzung des ungerechten Handels mit der Dritten Welt.



Mer(c)k würdige Geschichten aus Lateinamerika.

Die Geschäfte des Pharmamultis E. Merck
48 Seiten, 10,- DM, Bielefeld 1992 ISBN 3-928879-09-X

Hiermit bestelle ich Mer(c)kwürdige Geschichten aus
Lateinamerika (48 Seiten) zum Preis von 10 DM

- gegen Rechnung (zuzügl. Versandkosten)
 10 DM liegen als Scheck bar bei

Name

Straße

Ort

Datum / Unterschrift

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Str. 62, W-4800 Bielefeld I



Pharmaziepraktikantin gesucht

Wir suchen eine Pharmaziepraktikantin ab November 1992

Frauenkollektiv Fleming-Apotheke,
Grindelallee 182, 2000 Hamburg 13, Tel. 040 / 45 14 15

Jetzt bewerben!!!

Jetzt bewerben!!!

Jetzt bewerben!!!

Rundbrief 14

Manuskripte, Zuschriften und Anregungen für den
Rundbrief Nr. 14 bitte an Udo Puteanus schicken!!!!

Udo Puteanus
Seelingstraße 56
W-1000 Berlin 19

Delegierte für den Apothekertag 1992 aufgepaßt !!!!

Alle potentiellen Delegierten für den Apothekertag 1992,
die Vereinsmitglieder oder -sympathisanten sind, werden
gebeten, sich bei der Geschäftsstelle des Vereins zu melden.
Tel.: 040 / 45 87 68.

Termine Termine Termine Termine Termine Termine Termine Termine

Treffen der Regionalgruppe *Hamburg*

Ort: Bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18,
2000 Hamburg 13, Tel.: 040 / 45 79 97

Termine: Mittwoch, den 1. Juli,
Mittwoch, den 15. Juli,
Mittwoch, den 29. Juli,
Mittwoch, den 12. August,
Mittwoch, den 26. August,

Zeit: 20 Uhr

Änderungen sind bei der VDPP-Geschäftsstelle zu erfahren, Tel. 040 / 45 87 68.

Termine Termine Termine Termine Termine Termine Termine Termine

Treffen der Regionalgruppe *Berlin*

Ort: Im Cafe Blisse, Blissestraße 14,
1000 Berlin 31, U-Bhf. Blissestraße (Linie 7)

Termine: Mittwoch, den 15. Juli,
Mittwoch, den 19. August

Zeit: 20.15 Uhr



„Bei regelmäßiger Einnahme dieser Pille garantiere ich Ihnen ein Nachlassen Ihres übermäßigen Appetits.“

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Hanne Lederer
Stadt-Apotheke
Espantorstraße 1
W-7972 Isny
Tel.: 07562 - 8524
07562 - 4417 (privat)

Bayern

Michaela Raasch
Königinstraße 51
W-8000 München 22
Tel.: 089 - 34 74 00

Berlin

Regina Schumann
Zimmermannstraße 17
W-1000 Berlin 41
Tel.: 030 - 792 82 51

Brandenburg

Peter Rhiemeyer
Linden-Apotheke
Brandenburger Straße 158
O-1512 Werder

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel Apotheke
Schwaneweder Straße 21
W-2820 Bremen 71
Tel.: 0421 - 60 50 54

Hamburg

Susanne Meyer
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
W-2000 Hamburg 13
Tel.: 040 - 45 87 68

Hessen

Franz Kirchner
Hilligengasse 13
W-6230 Frankfurt-Hoechst
Tel.: 069 - 30 66 89

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Hamburg

Niedersachsen

Gabi Beisswanger
Husarenstraße 50
W-3300 Braunschweig
Tel.: 0531 - 79 82 31

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Wilhelm-Tell-Straße 13
W-4000 Düsseldorf 1
Tel.: 0211 - 311 41 72
0211 - 39 42 56 (privat)

Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

Saarland

Edith Arweiler
Bernhardstraße 19
W-6638 Dillingen/Saar
Tel.: 06831 - 734 63

Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

Sachsen

siehe Berlin

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen