VDPP - Rundbrief

NR. 15 OKTOBER 1992

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

unabhängig -
überparteilich -
patientenorientiert

Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Unsere Ziele:

- Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung
- Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf
- umsatzunabhängige Apotheken
- ökologische Kriterien bei der Arzneimittelproduktion
- verbraucherfreundliche Arzneimittelgesetzgebung

Für alle Beschäftigen im Arzneimittelwesen, die mit Gleichgesinnten Verbesserungen anstreben

PHARMAZENTRALNUMMER

APOTHEKEN IN DEN NIEDERLANDEN

PKA - was ist das?

DIE PATENTIERTE MAUS

APOTHEKE DER ZUKUNFT

Inhaltsverzeichnis

Grußwort des Vorstands 2

Reizwort Pharmazentralnummer- ein nicht veröffentlichter Leserbrief 3

Arzneimittelpreisgestaltung und Soziale Apotheken - Ein Blick in die Niederlande 5

PKA - ein neues Berufsbild 12

Apothekenbetriebsordnung und Ausbildung - Bericht vom Arbeitswochenende 19./20.09.92 in Kassel 14

Die patentierte Maus 19

Protokoll der Vorstandssitzung am 15./16.08.92 22

Berichte von den Kammer- bzw. Delegiertenversammlungen in Berlin und Hamburg 24

Beiträge von Helmut Hildebrand und Ingeborg Simon zur Zukunft der Apotheke 29

Referent für Öffentlichkeitsarbeit - Resumee nach einem Jahr 39

Sozialpharmazie-Seminar 40

Adressen 42

Was fehlt:

- Termine der Regionalgruppen
  - *bitte bei den Kontaktpersonen erfragen*
- die Kartoons zur Auflockerung der Bleiwüste
  - *wir bitten um Material*
- ein Bericht zum Apothekertag in München
  - *erscheint in der nächsten Ausgabe*
- eine Stellungnahme der Hamburger Regionalgruppe zu den Vorwürfen von Udo Puteanus - *???*

Editorial

Der Rundbrief kommt diesmal nicht aus Berlin, sondern aus Hamburg, wo sich eine kleine Gruppe gefunden hat, ihn fertigzustellen. Inhaltlich gibt es in dieser Ausgabe keinen ausgespochenen Schwerpunkt, dafür werden Themen aus sehr unterschiedlichen Bereichen vorgestellt, die weiter zu diskutieren sich lohnt.
Da Udo Puteanus in Zukunft leider nicht mehr als Referent für Öffentlichkeit und als eifrigster Artikelverfasser zur Verfügung steht, möchten wir dringend alle Mitglieder aufrufen, selbst zur Feder zu greifen, damit der Rundbrief auch in Zukunft in diesem Umfang erscheinen kann.

Euch viel Spaß beim Lesen des Rundbriefs - Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief ist der

20. November 1992

Artikel und Beiträge bitte wieder an:

Christa Augustin,
Alsterdorfer Straße 18,
2000 Hamburg 60.

Impressum
Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten eV. Redaktion: Christa Augustin, Gerd Glaeske, Thomas Hammer, Elfriede Kern, Christiane Hefendehl, Hanne Lederer, Udo Puteanus und Thomas Schulz-Schalge. v.i.S.d.P.: Gudrun Hahn c/o Fleming-Apotheke, Grindelallee 132, 2000 Hamburg 13, Tel.: 040/458768. Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Liebe Vereinsmitglieder!

Liebe am Verein Interessierte!

Wenn Ihr diesen Rundbrief in den Händen haltet, ist ein Stück Vereinsgeschichte abgeschlossen: Wir haben keinen Referenten für Öffenlichkeitsarbeit mehr.
Udo Puteanus zieht eine vollbezahlte Ganztagsstelle der teilbezahlten Vereinsarbeit vor.
Kann es ihm jemand verdenken?

Ich unterdrücke, mich hier länger über Verlustgefühle auszulassen. Vielmehr möchte ich noch einmal hervorheben, was Udos Arbeit für den Verein bedeutete:
Udo als Referenten für Öffenlichkeitsarbeit zu haben hieß, jemanden zu haben, der wichtige Briefe schrieb: an Mitglieder, Interessierte, zukünftige Mitglieder, Politiker und an die Leser von PZ und DAZ. Er faßte die inhaltliche Arbeit zusammen und trieb sie voran.

Wir haben im Vorstand noch nicht beschlossen, einen Nachfolger für den Referentenposten zu suchen. Wie seht Ihr das? Sollen wir die Einrichtung des Referenten beibehalten? Für Anregungen sind wir dankbar.

An dieser Stelle möchte ich Udo im Namen des Vereins für den unermüdlichen Einsatz danken!!!

Als nächstes steht das Sozialpharmazieseminar in Berlin an. Noch ist es Zeit sich anzumelden.

Auf der Vorstandssitzung war eine Tendenz zu erkennen: Viele, die jetzt 4 Jahre Vorstandsarbeit gemacht haben, äußern Rückzugsabsichten. So werden auf der nächsten Mitgliederversammlung Leute gesucht werden, die bereit sind, die Vorstandsarbeit zu übernehmen. Um den potentiellen Kandidaten den Mund wäßrig zu machen, möchte ich hier ein paar Vorzüge aufzeigen:

-Man/frau bekommt die Informationen über anstehende Ereignisse aus erster Hand.
-Man/frau kann mitentscheiden
-Ideen können in die Tat umgesetzt werden.
-Man/frau lernt viele Leute kennen und alle kennen einen.
-Isny im Spätsommer ist eine Reise wert! Auch die anderen Versammlungsorte sind nicht zu ver achten. Wer wollte nicht schon lange mal wieder nach Berlin?

Das findet Ihr nicht attraktiv?
Ja schon, aber keine Zeit? Zeit hat man nicht, man muß sie sich nehmen.

So wie ich mir jetzt die Zeit nehme für Ferien in Californien - und nicht zum Apothekertag fahre.

Eure Gudrun Hahn

Für Weitvorausschauende: Die nächste Mitgliederversammlung ist vom 4. - 6. Juni 1993 in Niederkaufungen bei Kassel.

Reizwort Pharmazentralnummer
Ein nicht veröffentlichter Leserbrief

Folgender Leserbrief, den ich als Referent für Öffentlichkeitsarbeit im Namen des VDPP an die Fachpresse abschicken wollte, wurde vom geschäftsführenden Vorstand des VDPP nicht genehmigt. Mir blieb damit nur die Möglichkeit, ihn in meinem Namen zu veröffentlichen, oder ihn hier im VDPP--Rundbrief zur Diskussion zu stellen. Da ich davon ausgehe, daß das angeschnittene Thema tatsächlich innerhalb unseres Vereins sehr unterschiedlich bewertet wird, habe ich mich entschlossen, den Leserbrief nur in unserem Rundbrief zur Diskussion zu stellen.

Leserbrief zum Kommentar von Herrn Peter Ditzel in Apotheker-Zeitung 8/1992, Nr. 39, v. 21.09.1992, S.1.

Es ist erschütternd, wenn man vom eigenen Berufsstand die seit Jahrzehnten gleichen Argumente gegen die Krankenkassen hört. Diesmal ist es die Pharmazentralnummer, die den Standespolitikern Anlaß zu geben scheint, von "Frondiensten" der Apotheker für die Krankenkassen zu sprechen. Berücksichtigt man zusätzlich noch die Stammtischgespräche über die sog. "Krankenkassenpaläste", die aufgeblähten Verwaltungsapparate und Herrschaftswünsche der Krankenkassen, man möchte meinen, die Apothekerschaft habe völlig aus dem Auge verloren, mit wem sie für eine vernünftige Arzneimittelversorgung zusammenarbeiten kann: mit der Pharmaindustrie oder mit den Krankenkassen?

Hat eigentlich schon einmal ein Apotheker öffentlich kritisiert, daß die Pharmaindustrie mit weit mehr als 18000 "Pharmareferenten" dafür sorgt, daß die Ärzte ständig mit mehr oder weniger subtilen Methoden zur Verordnung übermäßig vieler und oftmals unsinniger Arzneimittel veranlaßt werden? Hat schon einmal ein Kollege öffentlich die fünf Milliarden DM angemahnt, die die Pharmaindustrie jährlich zu Werbezwecken ausgibt? Wo sind die Klagerufe der Apothekerschaft über die 6,1 Milliarden DM, die die Krankenkassen im letzten Jahr für Arzneimittel mit nicht nachgewiesener Wirkung ausgeben mußten?

Hier werden Unsummen verschleudert! Und die Pharmaindustrie ist nur ein Industriezweig, der sich in den letzten Jahren an den Beiträgen der Krankenversicherten gesundgestoßen hat. Die Hersteller medizinischer Geräte, Praxiseinrichter, Großhandel usw. leben ebenfalls nicht schlecht davon. Wo sind die Stimmen, die diese Zusammenhänge öffentlich anprangern? Wo wird darüber geklagt, daß für "Verwaltungspaläste" der genannten Industrien die Gelder der Krankenversicherer mißbraucht werden?

Mit wem glaubt die Apothekerschaft eine bessere Arzneimittelversorgung durchsetzen zu können? Mit der Pharmaindustrie oder mit den Krankenkassen? Lassen wir uns doch nicht vor den Karren derjenigen spannen, die ihre satten Gewinne mit der derzeitig desolaten Lage der Arzneimittelversorgung erzielen, nur weil der Pharmareferent psychologisch und rhetorisch besser geschult ist als jeder andere! Setzen wir uns doch dafür ein, daß die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, dem Heer der Pharmareferenten etwas entgegenzusetzen. Hier sind wir als Apotheker gefragt! Wenn schon die Krankenkassen durch ihre knappen finanziellen Mittel nicht in der Lage sind, einen vergleichbaren Außendienst auf die Beine zu stellen, so sollte es doch die Aufgabe des Offizinapothekers sein, die Krankenkassen soweit wie möglich zu unterstützen!

Auch wenn in diesem Zusammenhang das Auftragen der Pharmazentralnummer auf das Rezept Mehrarbeit bedeutet und eine große Menge

von Daten produziert, sollten wir uns gerade deswegen dafür einsetzen, daß die Krankenkassen mit diesen Daten arbeiten können.

Wie man leicht aus diesen Zeilen erkennen kann, hatte mich einerseits der Kommentar von Herrn Ditzel dermaßen geärgert, daß ich nicht umhin konnte, diese deutlichen Worte zu formulieren. Andererseits war ich davon ausgegangen, daß der VDPP hier eine Gegenposition deutlich machen muß, wenn er es mit seinem Programm ernst nimmt, in dem von einer gewünschten Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gesprochen wird. Mit dem Thema Pharmazentralnummer habe ich aber offenbar einen Punkt getroffen, der innerhalb unserer Mitgliedschaft sehr umstritten ist. Die Hamburger Regionalgruppe, der der Entwurf des Leserbriefes vorlag, wehrte sich gegen seine Veröffentlichung im Namen des VDPP, da von ihnen nicht eingesehen wurde, daß die Apotheken für die Krankenkassen unbezahlte Dienste Denn hiermit können dem Arzt Informationen über sein Verschreibungsverhalten an die Hand gegeben werden, die ihn in die Lage versetzen, sich mit seinen Kollegen der gleichen Fachgruppe zu vergleichen und sein Verschreibungsverhalten rationaler zu gestalten. Dies wäre wenigstens ein kleiner Anfang. Setzen wir uns dafür ein und verhindern damit gleichzeitig, daß Datenmüll produziert wird!

Die Verwaltungen der Krankenkassen werden ja immerhin demokratisch durch die Selbstverwaltung kontrolliert, die Pharmaindustrie aber nicht. Nutzen wir hier unsere Chance, wenn im nächsten Jahr die Selbstverwaltungen neu gewählt werden müssen und nehmen wir dann Einfluß auf die Politik der Krankenkassen im Sinne einer patientenorientierten und nicht pharmaindustrieorientierten Arzneimittelversorgung!

Abgesehen davon, daß im Leserbrief nicht gefordert wird, daß sich jede Apotheke auf eigene Kosten einen Computer anschaffen sollte, um den Krankenkassen die Daten zu liefern - über das Prozedere könnte man sich ja unterhalten - hatte ich bei den Bedenken, die von den Hamburgern vorgetragen wurden, das Gefühl, daß hier vor dem Hintergrund einer grundsätzlichen Abneigung gegenüber den Krankenkassen argumentiert wurde. Ich hatte das Gefühl, daß unsere Programmaussage - die Unterstützung der Krankenkassen - nur ein Lippenbekenntnis ist, wenn es ans Eingemachte geht. Wir hätten gerade jetzt bei der Diskussion über die Seehofer-Vorstellungen (auch bezüglich der Pharmazentralnummern) etwas für unsere Programmaussage tun können. Das wurde versäumt.
Sicherlich kann man mir zu Recht vorwerfen, daß ich offensichtlich schon vor Aufnahme meiner Tätigkeit für die Krankenkassen deren Position vertreten bzw. deren Tätigkeiten zu positiv darstellen würde. Vielleicht kann man mir tatsächlich vorwerfen, damit hätte ich aus dem Auge verloren, welche Mühen und Kosten sich daraus für die Apotheken ergeben, wenn es bei den Vorstellungen Seehofers bleibt.

Meiner Meinung nach haben wir hier aber eine Chance verpaßt, den Krankenkassen und damit den Krankenversicherten einen Schritt entgegenzugehen und uns damit von der Standesführung abzusetzen. Wir sollten uns in Zukunft vielleicht sehr viel intensiver mit den Aufgaben und den Tätigkeiten der Krankenkassen sowie deren Organisation (v.a. die Selbstverwaltung) auseinandersetzen, um herauszubekommen, wo wir, der VDPP, unsere Programmaussage mit Leben erfüllen wollen. Ich möchte Euch hiermit dazu aufrufen!

UDO PUTEANUS

Arzneimittelpreisgestaltung und Soziale Apotheken - Ein Blick in die Niederlande

Vortrag auf der Mitgliederversammlung des VDPP im Juni 1992

Auf der Mitgliederversammlung des VDPP im Juni 1992 in Hohenroda bei Bad Hersfeld berichtete Ton Kelder über Aspekte der Arzneimittelversorgung in den Niederlanden. Neben den Überlegungen und Maßnahmen der holländischen Gesundheitspolitiker über Einsparmöglichkeiten im Arzneimittelbereich stellte Ton Kelder die Gruppe der "Sozialen Apotheken" in seinem Lande vor. Da dieser Vortrag von den Mitgliedern mit großem Interesse verfolgt wurde, soll hier eine freie Übersetzung seines Vortrages erfolgen.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Bei der Einladung zu diesem Vortrag wurde ich gefragt: Gibt es in der EG bereits jetzt Konzepte für eine Arzneimittelversorgung, die den Apothekern eine sinnvollere Form des Arbeitens ermöglichen, weil sie von ökonomischen Belas-tungen weitgehend befreit sind? Beantwortet man diese Frage aus der Sicht der Niederlande, ist die Antwort ein klares Ja. Im folgenden möchte ich näher verdeutlichen, wie und auf welchem Weg dies möglich wurde.

Zunächst möchte ein paar generelle Aspekte über die holländische Situation voranstellen: Im Prinzip gilt in den Niederlanden folgender Grundsatz: Die Kosten für Arzneimittel sind gering, die Preise jedoch hoch.

Ausgaben für Arzneimittel in den Niederlanden

In der Abb. 1, entnommen der "Arzneimittelzeitung", zeigt sich ein bekanntes Bild. Hier wird deutlich, daß die Ausgaben für Arzneimittel in den Niederlanden im internationalen Vergleich niedrig sind. Man muß jedoch bei dieser Art Darstellung sehr vorsichtig sein, denn man kommt damit nicht immer zu zuverlässigen Ergebnissen. Die winzigen Worte am unteren Rand zeigen zum Beispiel, daß die Zahlen aus Deutschland aus dem Jahre 1986 stammen. Neue Zahlen aus den Niederlanden aus dem Jahre 1990 zeigen, daß nur in vier Ländern Veränderungen zu verzeichnen sind. Es ist unwahrscheinlich, daß sich in Deutschland seit 1986 nichts grundlegend geändert hat.

Sehr wichtig aber ist die Tatsache, daß die Ausgaben für unser (holländisches) Gesundheitswesen hoch sind, aber die Ausgaben für Arzneimittel niedrig. In der Abb. 2 erkennt man, daß die Preise in den Niederlanden im internationalen Vergleich sehr hoch sind. Der Grund für die niedrigen Ausgaben bei den hohen Preisen ist die geringe Zahl von Arzneimitteln, die auf Rezept verschrieben werden.

Die Abb 3 möge dies näher illustrieren. Hier wird gezeigt, daß in den Niederlanden nur etwas mehr als die Hälfte der Patienten die Praxis eines praktischen Arztes oder eines Facharztes mit einem Rezept verlassen, in Italien ist es fast jeder Patient.
Die folgenden Fakten und Abbildungen sind Voraussetzung dafür, die holländische Situation in der Pharmazie zu verstehen. Die Art, wie die Arzneimittel bezahlt werden, ist sehr wichtig und unterscheidet sich von den anderen Ländern in Europa.
In den Niederlanden unterscheidet man sog. WTG-Arzneimittel und Nicht-WTG-Produkte. Zu den WTG-Arzneimitteln gehören rezeptpflichtige Arzneimittel, die von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Auf diese Arzneimittel wird ein Fixzuschlag von der Apotheke erhoben. 80% bis 85 % erwirtschaftet eine Apotheke mit diesen Arzneimitteln, 10% bis 15 % mit den Nicht-WTG-Arzneimitteln (wozu rezeptpflichtige und OTC- Arzneimittel gehören können).

Abb.1:

Arzneimittel- und Gesundheitsausgaben 1989 (ohne MwSt.)

Länder	Gesamte Gesundheitsausgaben in % BSP*	Gesamte Arzneiausgaben in % BSP	Gesamte Arzneiausgaben in % zu gG*	Anteil öffentlicher Arzneiausgaben in % der gA*
Belgien[3]	6,3	1,12	16,8	-
Dänemark	6,1	0,66	11,1	61
Deutschland (West)	13,1	1,40	15,9	63
Frankreich	8,2	1,40	17,1	64
Griechenland	6,6	1,90	31,0	70
Großbritannien[3]	6,7	0,80	11,6	78
Irland[5]	6,6	0,50	7,7[2]	75
Italien[3]	5,2	0,93	17,9	69
Niederlande[3]	9,9	0,76	7,7	68
Österreich	9,2	1,00	10,8	70
Portugal	3,7[1]	0,67	30,7	62
Schweiz	8,1	1,00	13,1	50[1]
Spanien	5,3	0,76	14,3	61,3

*BSP=Bruttosozialprodukt, gG=gesamte Gesundheitsausgaben, gA=gesamte Arzneiausgaben;
[1]Schätzung, [2] Nur öffentliches Gesundheitswesen, [3] 1988, [4] 1986, [5] 1987 Quelle:MEFA

Im folgenden will ich mich auf die WTG-Arzneimittel beschränken, auch wenn die Nicht-WTG--Arzneimittel nicht unwichtig sind.
Der Fixzuschlag wird über die Kosten pro Apotheke pro Anzahl der Verschreibungen ermittelt. Er beträgt zur Zeit 11.20 FL. In diesem Betrag sind alle Kosten außer den Wareneingängen, also auch das Gehalt und der Profit der Apotheke enthalten. Jedes Jahr wird eine Umfrage in 50 repräsentativen Apotheken durchgeführt, um diese Kosten zu ermitteln.

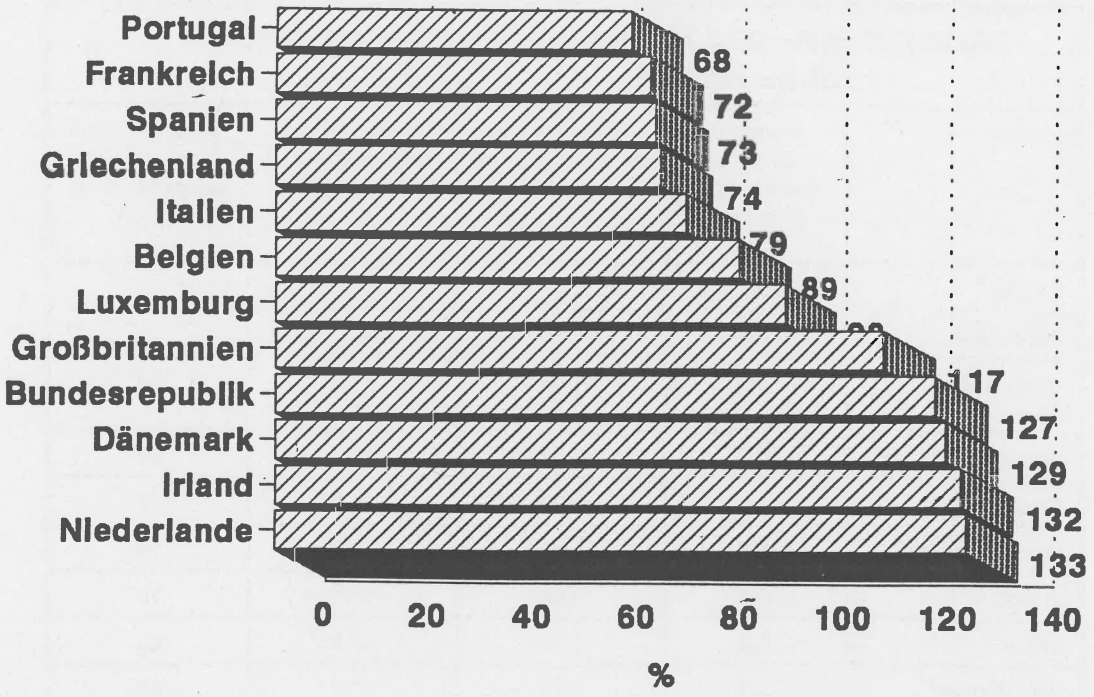
Soweit die notwendigen Fakten. Die weiteren Informationen sind weit komplexer, aber für den Fortgang des Vortrages nicht weiter notwendig.

Amtliche Regulierungen

Die Gesundheitsausgaben sind hoch und steigen jedes Jahr weiter an. Die Regierung versucht, die Kosten zu limitieren. Die Tatsache, daß die Ausgaben für Arzneimittel relativ niedrig sind, ist für die Regierung kein Grund, auf die Regulierung dieser Kosten zu verzichten. Die Regierung weiß, daß die Preise für Arzneimittel sehr hoch sind und daß die Kostensteigerung bei pharmazeutischen Produkten
viel höher ist als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens.

Verschiedene Formen der Limitierung wurden in diesem Land ausprobiert. Es gab bereits so viele Versuche und diese in einer dermaßen kurzen Zeit, daß es unmöglich war, vernünftige

Abb.2: **Arzneimittelpreise in der EG 1989**



EG-Durchschnitt = 100%

Ergebnisse aus zuverlässigen Messungen zu bekommen.
Jeder neue Minister oder Staatssekretär versuchte eine neue Regulierungsmethode. Obwohl den unterschiedlichen Parteien die Probleme der Arzneimittelkosten bekannt waren, schlugen sie unterschiedliche Methoden zur Ökonomisierung vor: Negativliste, Selbstbeteiligung, Substitutions-Stimulanz, Grosse Koalition (O.P.A.), Festbeträge (G.V.S.), Mengen-Einschränkungen und Pharmakotherapeutische Beratung (F.T.O.).

Negativliste

Die Negativliste galt für manche OTC-Produkte und für manche Arzneimittel mit fraglicher Wirkung. Die Effekte dieser Regulation waren gering, weil viele pharmazeutische Firmen mit Erfolg verlangten, daß ihre Produkte von der Liste gestrichen wurden.

Patienten-Selbstbeteiligung

Der Erfolg mit der Patienten-Selbstbeteiligung von FL 2.50 für jedes verschriebene Arzneimittel war gering und hatte letztlich sogar einen negativen Effekt.

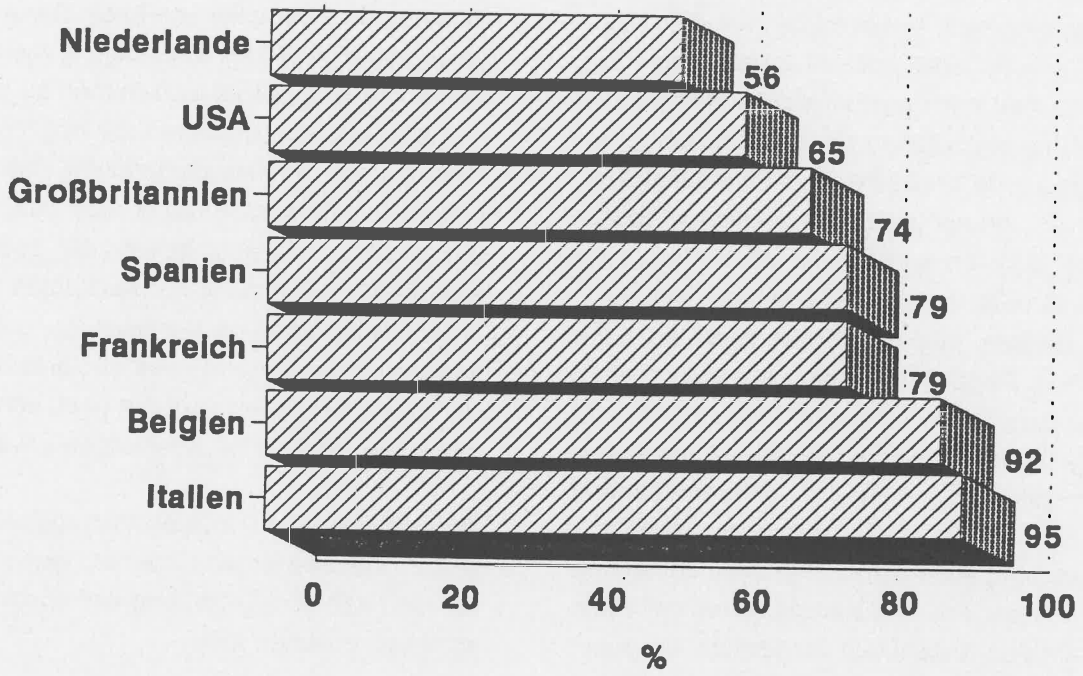
Ärzte wurden von ihren Patienten aufgefordert, größere Packungen für längere Zeitabschnitte zu verschreiben. Viele Ärzte waren es gewohnt, Arzneimittel für die kurze Zeit von 14 Tagen oder für einen Monat zu verschreiben. Vor allem chronisch Kranke baten um größere Mengen. Die Patienten-Selbstbeteiligung existiert heute nicht mehr.

Große Koalition

Die Regierung erarbeitete im Jahre 1987 Pläne, in denen umfassende Regelungen über fixe Preise vorgesehen waren. Um diese Pläne zu verhindern, befürworteten alle beteiligten Interessengruppen eine bestimmte Form der Selbstbeschränkung. Hier fand sich eine große Koalition zusammen, bestehend aus der Pharmazeutischen Industrie, den Apothekern, den Großhändlern, den Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen - man kann auch sagen, dies war eine Übereinkunft zwischen Gott und dem Teufel. Die Regierung akzeptierte diesen Plan, der mehr als 400 Mio. Gulden Einsparung bringen sollte. Jeder Leistungserbringer,

Abb.3:

Patienten, die die Haus-/Facharztpraxis mit Rezept verlassen (%)



Apotheker, pharmazeutische Industrie und Großhändler sollte einen Teil davon bezahlen. Die Apotheker versprachen, daß sie keinen ExtraProfit (über spezielle Rabatte) aus dem Verkauf von Arzneimitteln machen würden. Dazu wurde ein System von Transparenz installiert. Immer wenn ein Apotheker sein Arzneimittel zu einem niedrigeren Preis einkaufte, als es die offizielle Preisliste angab, mußte der Verkaufspreis entsprechend niedriger angesetzt werden. Das System scheiterte, weil sich kein Interessenverband an seine Versprechen hielt.

Substitutions-Stimulanz

Bei der Substitutions-Stimulanz wurde eine Einsparung von 20 % der Ausgaben angestrebt. Bei diesem System ging es darum, preisgünstigere Arzneimittel statt der Erstanbieter-Präparate abzugeben. Von der Preisdifferenz zwischen dem Erstanbieter-Präparat und dem Generikum konnte der Apotheker 33% in die eigene Tasche stekken. Diese Maßnahme führte am Anfang zu einer Zunahme des Generikamarktes. Später konnten die Apotheker als Teilnehmer der "Großen Koalition" nur 20% behalten. Der Enthusiasmus und die Bereitschaft zur Tranparenz nahm dadurch entsprechend ab. Auch dieses System existiert heute nicht mehr.

Mengen-Begrenzung

Bei der Mengen-Begrenzung wurden folgende Limitierungen festgelegt: bei einer Erst-Therapie durften Arzneimittel nur für einen Zeitraum von 14 Tagen verschrieben werden, bei einer Wiederholungstherapie für einen Monat und bei der Behandlung von chronisch Kranken durften Arzneimittel in der Menge von drei Monaten verschrieben werden. Dies war in der Tat ein Versuch, die Ausweitung der Mengen zu begrenzen, die erwartungsgemäß unter Mitwirkung der Patienten in den Jahren davor angestiegen waren. Letztlich kam es zu einer dramatischen Ausweitung der Zahl der Verschreibungen. Deshalb stiegen auch die Kosten, die durch die Apotheken verursacht wurden (durch die Zahl der Fixzuschlags-Arzneimittel). Die finanziellen Konsequenzen wurden von den Apothekern sofort gesehen, nicht aber von der Regierung. Die Apotheker machten gute Profite seit dieser Zeit, aber sie fürchten sich vor der Zukunft.

Festbeträge - GVS

Das System der Festbeträge startete im September 1991. Alle WTG-Arzneimittel wurden in Gruppen mit ähnlichen pharmakotherapeutischen Wirkungen eingeteilt. Dabei folgte man dem sog. ATC-Code (internationale Klassifizierung von Arzneimitteln nach anatomischen, therapeutischen und chemischen Merkmalen). Für jede Gruppe wurde ein bestimmter Preis festgelegt, abhängig von der jeweiligen definierten Tagesdosis (DDD). Arzneimittel mit einem Preis bis zu dieser Grenze werden voll erstattet, liegt der Preis darüber, muß der Patient zuzahlen. Ergebnis dieser Regelung war eine Absenkung der Preise durch die pharmazeutischen Hersteller. Die Zahl der zuzahlungspflichtigen Produkte ist sehr gering. Einige Hersteller verloren Marktanteile, weil sie ihre Preise zu spät senkten.
Aber es sind auch Gegeneffekte zu bemerken. Aufgrund der Preisregulierung wurde der Preis einer großen Anzahl von Arzneimittel bis zum Limit angehoben. Das größere Problem sind allerdings die neuen Arzneimittel, die noch nicht in bestimmte Gruppen eingeordnet werden können und trotz ihres hohen Preises voll erstattet werden. Insgesamt existiert aber der Trend hin zu den Generika und hin zu importierten Produkten mit niedrigeren Preisen.

Pharmakotherapeutische Beratung

Mit dem System der limitierten Preise startete die Regierung gleichzeitig eine Kampagne, um die Beratung der Ärzte durch die Apotheker über die Pharmakotherapie zu stimulieren. Die Regierung erhofft sich mit dieser Beratung, daß die Ärzte eher in die Richtung eines standardisierten Verschreibungsverhaltens tendieren, indem sie Arzneimittel von hoher Qualität und niedrigen Preisen verschreiben. Die Ärzte, die an dieser Beratung teilnehmen, bekommen dafür einen extra Zuschlag. Die Apotheker haben an dieser Beratung unentgeltlich teilzunehmen.

Reaktionen der Apotheker

Soweit dieser Rückblick auf Regulierungen, Absprachen und Pläne. All diese Pläne wurden in den letzten zehn Jahren erstellt. Es ist wohl verständlich, wenn die Apotheker inzwischen ein wenig ungehalten wurden. Nicht nur daß die jeweiligen Änderungen zu administrativen Komplikationen führten; schwieriger noch war der Versuch, den Patienten die Bedeutung der Änderungen klar zu machen. Im Ergebnis wandten sich immer mehr Apotheker von ihrem Beruf ab, der ihnen keine berufliche Befriedigung mehr gab. Um nicht den Eindruck aufkommen zu lassen, daß all diese Regulierungen nur negative Effekte hatten, sollte ich vielleicht betonen, daß eine vernünftige Evaluation bisher nicht möglich war. Ein Grund dafür war sicherlich, daß zwischen zwei Änderungen meist nur zwei Jahre verstrichen. Ich bin trotzdem der Meinung, daß das System der limitierten Preise erfolgreich war und ist. Mehr Erfolg kann man nur noch von den pharmakotherapeutischen Beratungen erwarten.

Im weiteren Verlauf meines Vortrags will ich auf weitere Regulierungen eingehen, was mich auch auf die Rolle und Bedeutung der Apotheker zu sprechen kommen läßt.

Die Rolle der Apotheker in den Niederlanden

Holländische Pharmazeuten, vor allem ihre Berufsorganisation - KNMP (Königlich niederländische Gesellschaft zur Förderung der Pharmazie) - haben es sich zum Ziel gemacht, mehr die Rolle eines Angehörigen des Gesundheitswesens einzunehmen als die Rolle eines Geschäftsmannes, der mit Gesundheitsprodukten handelt. Die Apotheke ist eine Einrichtung und kein Geschäft. Hohe Produktqualität und anspruchsvolle Dienstleistungen, Expertenrat in medizinischen Angelegenheiten, computermäßige Überwachung der Arzneimitteleinnahme der Patienten - all dies muß den Apotheker zum zentralen Experten im Gesundheitswesen machen. Auch die Königliche Berufsorganisation weist darauf hin, daß die Apotheker kein gewerbliches Interesse am Arzneimittelverbrauch haben, da die Art der Bezahlung dies verhindert.
Wie bereits erwähnt werden 80% bis 85% des Umsatzes einer Apotheke mit Arzneimitteln erzielt, die von der Krankenkasse voll erstattet werden und bei denen der Apotheker den Krankenkassen FL 11.20 Fixzuschlag in Rechnung stellt. In Zeiten, in denen Einkauf und Verkauf transparent waren, galt dies uneingeschränkt. Aber eine Untersuchung des Wirtschaftsministeriums

brachte ans Licht, daß viele Apotheker preigünstiger einkauften als sie verkauften, wobei sie alle Tricks ausnutzten, um ihren Profit geheim zu halten. Bankkonten in der Karibik, Studienreisen mit der ganzen Familie auf einem Kreuzfahrt--Schiff, verschiedene Arten von Geschenken und andere Wege von Betrügereien kamen vor. Dies führte zu einem enormen Skandal. Sogar der Präsident der Königlichen Berufsorganisation war des Betrugs angeklagt. Das Problem war aber aufgrund der verschiedenen Regulationsmechanismen so kompliziert, daß kein Gericht zu einem vernünftigen Urteil
kommen konnte. Schließlich wurde das Prinzip der Transparenz aufgegeben; nun können Apotheker ihre Profite behalten. Allerdings mußten die Apotheker eine Kompensationsleistung erbringen, indem ihnen 55 Cents vom Fixaufschlag gestrichen wurden.
Nun könnte man zu dem Schluß kommen, daß die Arzneimittelauswahl keinen Einfluß auf das Einkommen des Apothekers haben würde. Um als Fachmann gegenüber den Ärzten aufzutreten und ernst genommen zu werden, ist dies eine Möglichkeit, ohne allzuviel Risiko einzugehen. Allerdings können die meisten Profite durch die Auswahl von Generika erzielt werden. Hier sind 40% Rabatt möglich.

Apotheker in der Selbstmedikation

Der Apotheker tritt gegenüber dem Patienten ebenfalls als ein Fachmann ohne allzu viele Risiken auf. Der OTC-Bereich ohne die Arzneimittel, die von den Krankenkassen bezahlt werden, macht in etwa 5% des Umsatzes aus. Apotheker nutzen ihre Rolle als Fachleute, auch wenn sie ein geringeres Einkommen durch das Abraten von Arzneimitteln in Kauf nehmen müssen. Man erwartet allerdings, daß dadurch mehr Patienten mit WTG-Verschreibungen in die Apotheke kommen.
Einige Apotheker tendieren allerdings dahin, ihren OTC-Bereich auszudehnen, um dadurch ihren Profit zu erhöhen. Allerdings sind die Gewinne bei den hohen Kosten sehr gering, zumal sie mit den Drogerien konkurrieren. Außerdem haben die höheren Erträge über den OTC-Verkauf auch negative Auswirkungen auf die Höhe des Fixzuschlags im WTG-Bereich.

Soziale Apotheken

Es wurde hoffentlich deutlich, daß die Apotheker in den Niederlanden eine ethische Funktion als Arzneimittel-Fachleute ohne kommerzielles Interesse anstreben, andererseits ist der Apotheker Inhaber eines Unternehmens und möchte so viel wie möglich verdienen.

Für eine wachsende Gruppe von Apothekern ist diese Kombination nicht mehr länger zu akzeptieren. Und ich bin stolz darauf, hier als Vertreter dieser Gruppe von Apothekern aufzutreten, die einen anderen Weg, ihren Beruf auszuüben, wählten - und zwar in einem Angestellten-Verhältnis.

Ähnlich wie in Deutschland ist es in Holland die Regel, daß der Apotheker Eigentümer einer oder mehrerer Apotheken ist. Apotheker können auch als Angestellte arbeiten, aber der Inhaber einer Apotheke muß immer ein Apotheker sein.

Apotheker in Gesundheitszentren

In den frühen siebziger Jahren machte sich eine Gruppe von jungen Apothekern auf die Suche nach einer Möglichkeit, als Apothekenleiter im Angestellten-Verhältnis zu arbeiten. Es sollte eine Situation geschaffen werden, die sie unabhängig vom Profit machen sollte. Dies gelang ihnen mit Hilfe der Institution "Gesundheitszentrum". In den siebziger Jahren wurden Gesundheitszentren populär, in denen alle Heilberufler in guter Kooperation in einem Gebäude zusammenarbeiteten. Lange Zeit gehörten die Zentren kommunalen Regierungen, Zusammenschlüssen von Beschäftigten im Gesundheitswesen oder privaten Stiftungen. Um eine Apotheke in dieses Zentrum zu integrieren, mußte ein Apotheker als Inhaber auftreten, da ein Angestelltenverhältnis gegenüber dem Zentrum gesetzlich nicht erlaubt war.

Unserer Gruppierung gelang mit Hilfe von Parteien des linken Spektrums eine Gesetzesänderung, die es ausnahmsweise den Apothekern in Gesundheitszentren erlaubte, als Angestellte des Zentrums zu arbeiten. Im Jahre 1976 wurde die erste Apotheke dieser Art in einem Gesundheitszentrum eröffnet. Zur Zeit existieren 35 dieser Apotheken und ihre Zahl steigt weiter.

Widerstand und Erfolg

Im Jahre 1970 war der Widerstand der Königlichen Berufsorganisation noch sehr stark. Mitglieder unserer Gruppe wurden aus der Organisation ausgeschlossen und die Apotheken mit Boykott-Maßnahmen aller Hersteller bedroht. Aber wir blieben unserem Standpunkt treu. Heute werden wir von Regierungsvertretern und Politikern unterstützt und sind eine voll akzeptierte Gruppe. Unser Streben nach Kooperation zwischen Apothekern und den Ärzten wird generell für gut befunden, und unsere Ideen über eine Beratung der Patienten sind heute Bestandteil der Politik der Königlichen Berufsorganisation.

Zukünftiges Ziel: eigene Verträge mit den Krankenkassen

Eine Idee ist noch nicht durchgesetzt worden und wird wohl auch in Zukunft nicht akzeptiert werden, denn sie ist ein Ergebnis unserer nicht-kommerziellen und nicht-profitorientierten Haltung: wir versuchen, spezielle Verträge mit Krankenversicherungsunternehmen und dem Ziekenfond (Sozialversicherung) abzuschließen, wobei wir geringere Kosten für Arzneimittel bei hoher Qualität anbieten und dafür mehr Patienten von den Unternehmen gewinnen wollen. Die geringeren Kosten ergeben sich vor allem aus der intensiven Zusammenarbeit mit den Ärzten und erst in zweiter Linie durch geringere Preise.

Gefahr durch die EG

Die Zahl von 35 Apotheken ist im Vergleich zur Gesamtzahl von 1400 Apotheken in den Niederlanden recht klein. Wir sind in dieser Situation verwundbar - jedoch nicht durch Angriffe aus den Niederlanden, wo wir voll akzeptiert sind, sondern durch die Entwicklungen in der kommenden EG. Die einzelnen rechtlichen Voraussetzungen müssen angeglichen werden, und die Berufsorganisationen streben in allen Ländern das gleiche System an: ein Apotheker eine Apotheke.
Vor allem die Länder mit Kooperations-Verträgen, die nicht so akzeptiert sind wie die Niederlande, befürchten diese Veränderungen. Das Mitglied der EG-Kommission, das solche Regulierungen vorbereitet, ist Ihr Herr Bangemann, und wir wissen, daß er versucht, das deutsche System allen europäischen Ländern aufzudrängen.

V.E.S.A.

Die Apotheken, die auf der Basis des Angestelltenstatus' in Europa arbeiten, versuchen gemeinsam, Einfluß in entgegengesetzter Richtung zu bekommen. Der "Verband der Europäischen Sozialen Apotheken" (V.E.S.A.) hat eine starke Lobby in Brüssel, und wir vertrauen auf eine erfolgreiche Zukunft.

Ein Land, das in diesem Verband nicht vertreten ist, ist Deutschland. Wir wissen auch warum, aber ich hoffe, daß mein Vortrag Ihnen manche Vorstellung über Möglichkeiten eröffnet hat, um meine am Anfang gestellte Frage ebenfalls mit Ja beantworten zu können. Ich danke Ihnen sehr.

übersetzt von UDO PUTEANUS

Aus: DAZ 27/92 S. 1435

men Substanzen und für Streitfälle bei gegenseitiger Anerkennung. Für die Selbstmedikation gelten weiterhin nationale Zulassungsverfahren, die allerdings gegenseitig anzuerkennen seien. Bangemann riet den Arzneimittelherstellern, keine EG-weite Zulassung zu beantragen, wenn Zweifel bestünden, ob ein Arzneimittel wirklich wirksam sei. In diesem Fall sollte man besser auf dem nationalen Markt tätig bleiben.

PKA - ein neues Berufsbild

Pharmazeutisch-kaufmännischer Angestellter / Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte

Was sind die Hintergründe?

Seit einigen Jahren wurde bereits von Seiten der ÖTV darauf hingewiesen, daß die Ausbildung zur Apothekenhelferin dringend überarbeitet werden müsse. Die Arbeitgeberseite war lange Zeit nicht bereit, sich einer Auseinandersetzung über eine zukünftige Ausbildung dieser Berufsgruppe zu stellen. Erst die inzwischen in einigen Bundesländern dramatisch zu bezeichnende Lage auf dem Arbeitsmarkt für Apothekenhelferinnen sorgte auf der Arbeitgeberseite (in diesem Fall auf der Seite der ABDA) für Bewegung. Seitdem nur noch in wenigen Städten Helferinnen für die Apotheken zu bekommen sind, war auf dieser Seite die Erkenntnis gereift, daß sich an der Ausbildung der Helferin und der Berufssituation etwas ändern müsse.

Unter Federführung der Bundesinstitutes für Berufsbildung wurde der Entwurf für eine neue Ausbildungsverordnung für Apothekenhelferinnen erarbeitet (zukünftig PKA). Erlassen wird diese Verordnung vom Bundesminister für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Bildung und Wissenschaft.
Die letzte entscheidende Sitzung der Sachverständigen des Bundes (3 Arbeitnehmervertreter von ÖTV, DAG und BVA sowie drei Arbeitgebervertreter) und der Rahmenlehrplankommission (Vertreter der Länder) fand am 10.09.1992 in Bonn statt. Die neugefügte Ausbildungsordnung wird voraussichtlich im August 1993 in Kraft treten.

Neuer Name

Die ÖTV vertrat mit Nachdruck und erfolgreich den Standpunkt, daß der von vielen als diskriminierend empfundene Name Helfer verschwindet, zumal er den neuen Anforderungen nicht mehr gerecht wird. Über mehrere Sitzungen hielt sich der Widerstand de Arbeitgeber gegen den Vorschlag PKA, weil befürchtet wurde, der Name suggeriere die Vorstellung von pharmazeutischen Tätigkeiten nach der Apothekenbetriebsordnung. Nachdem die Arbeitgeber einlenkten, machte das Bildungsministerium seine Bedenken gegen diese Berufsbezeichnung deutlich. Nach zähem Kampf für den neuen Name war das Bildungsministerium in der letzten Sitzung bereit, seine Bedenken zurückzustellen.

Verlängerung der Ausbildung

Wichtigstes Anliegen der ÖTV war die Verlängerung der Ausbildung von 2 auf 3 Jahre, um den gestiegenen Anforderungen der Praxis gerecht zu werden und den Beruf inhaltlich attraktiver zu machen.

Neue Ausbildungsinhalte

Bei der inhaltlichen Gestaltung des neuen Berufsbildes gab es mehrfach unterschiedliche Vorstellungen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite. Während den Arbeitgebern der Bereich der pharmazeutischen Hilfsarbeiten unverzichtbar erschien, legte die ÖTV größten Wert auf die kaufmännischen Inhalte. Hintergrund dieser Forderung war das Ziel, der gut ausgebildeten neuen Fachkraft einen festumrissenen, abgegrenzten Arbeitsbereich in der Apotheke zuzuweisen, in dem sie eigenverantwortlich und weitgehend unabhängig als kompetente Fachkraft tätig werden kann. Die Aufnahme des neuen Bereiches "Marketing" sowie die Erweiterung und Vertiefung der Schwerpunkte Rechnungswesen, Bürowirtschaft und Statistik zeigen den Weg in diese Richtung. Der Wunsch der Arbeitgeber, pharmazeutische Hilfstätigkeiten in der Apotheke stärker zu betonen, konnte von ihr gegen den Widerstand der Arbeitnehmer nicht in vollem Umfang durchgesetzt werden. Nicht zu Unrecht wurde darin der Versuch der Arbeitnehmerseite gesehen, die PKA in und nach ihrer Ausbildungszeit auch für die Reinigung von Rezepturgeräten und für einfache Botengänge zu mißbrau-

chen. Mit dem neuen Berufsbild soll auch das Ziel verfolgt werden, die Gewichtung von vornherein so zu ändern, daß solche Mißstände in der Ausbildungsstätte Apotheke nicht durch die Ausbildungsordnung programmiert werden.

Als weitere neue Ausbildungsinhalte nennt der Verordnungsentwurf die Vermittlung von Kenntnissen über Pflanzenschutzmittel und Umweltschutzfragen.

PKA im Handverkauf bei freiverkäuflichen Arzneimitteln?

Problematisch sind die Auswirkungen der neuen Ausbildungsordnung, wenn es um die Tätigkeit der PKA im Handverkauf geht. Seitdem das Bundesverfassungsgericht entschieden hat, daß freiverkäufliche Arzneimittel (also nicht apothekenpflichtige und nicht rezeptpflichtige Arzneimittel) auch in der Apotheke in der Selbstbedienung angeboten werden dürfen und nicht nur in Drogerien oder Kaufhäusern, entsteht in diesem Apothekensortiment für die zukünftige PKA ein neues Aufgabengebiet. Denn bereits heute gilt die ausgebildete Helferin neben anderen als Fachkraft, die beim Verkauf von freiverkäuflichen Arzneimitteln in Drogerien und Kaufhäusern anwesend oder zumindest verfügbar sein muß - so wie es das Arzneimittelgesetz vorschreibt.
An dieser Stelle melden sich abwehrende Stimmen aus dem Lager der approbierten ApothekerInnen (und evtl. aus dem Lager des mittleren pharmazeutischen Personals), die in der erweiterten Tätigkeit der PKA einen Eingriff in ihr Berufsfeld befürchten. Diese Angst wurde auch bei der Beratung der Apothekenbetriebsordnung deutlich, als es um die gleiche Frage ging. Ein Gegenargument sei hier aber erlaubt: Wenn schon die Selbstbedienung bei freiverkäuflichen Arzneimitteln in Apotheken nicht mehr verhindert werden kann, sollte dann nicht das Personal, das dieses Warensortiment betreut, möglichst gut ausgebildet sein, um im Sinne des Verbraucherschutzes über diese Arzneimittel umfassend informieren und beraten zu können? Dieser Gedankengang wird von den Apothekerkammern strikt abgelehnt, da sie darin einen Einbruch ins Arbeitsgebiet des pharmazeutischen Personals befürchten.

Überbetriebliche Ausbildungszentren

Das unterschiedliche Niveau der Apotheken als Ausbildungsstätten und die damit verbundenen verschiedenen Lernmöglichkeiten der Auszubildenden hatten ÖTV und DAG veranlaßt, bei der Beratung der Verordnung für die Einrichtung von überbetrieblichen Ausbildungszentren einzutreten. Nicht in jeder Apotheke kann eine Auszubildende mit der Ausbildung am Computer oder mit der Krankenkassen-Abrechnung vertraut gemacht werden. Um diese Defizite in einigen Apotheken aufzufangen, trat und tritt die Arbeitnehmerseite weiterhin für die Verlagerung eines Teils der Ausbildung in solche überbetrieblichen Ausbildungszentren ein. Die Arbeitgeber versagten sich strikt diesem Gedankengang, da sie in alter ständischer Tradition davon ausgingen, daß jede Apotheke dem Lehrling alles beibringen kann und jede außerbetriebliche Einflußnahme von Übel ist. Zudem hatten die Arbeitgeber wohl befürchtet, daß ihnen dadurch ein Teil der Arbeitskraft des Auszubildenden genommen würde. Das Scheitern der Einführung überbetrieblicher Ausbildungszentren in der Ausbildungsordnung kann jedoch auf Länderebene noch korrigiert werden, wenn die regionalen Berufsbildungsausschüsse sich dafür stark machen.

Fazit

Auch wenn nicht alle Wünsche und Vorstellungen der ÖTV bei der Neuordnung Niederschlag finden, kann eingeschätzt werden, daß das neue Berufsbild inhaltlich anspruchsvoller und attraktiver geworden ist.
Bleibt vor allem zu hoffen, daß die gestiegenen Ausbildungsanforderungen auch zu einer angemessenen Erhöhung der Vergütung führen!

DORIS FIEDLER UND UDO PUTEANUS

Apothekenbetriebsordnung und Ausbildung

Arbeitswochenende des VDPP am 19./20. September in Kassel

Am Wochenende versammelten sich insgesamt neun VDPP-Mitglieder in Kassel, die an den Problemfeldern Apothekenbetriebsordnung und Ausbildung der Pharmazeuten interessiert waren. Während der Samstag für das Thema Ausbildung angesetzt war, sollte am Sonntag das Thema Apothekenbetriebsordnung behandelt werden. An dieser Stelle kann nicht die komplette Diskussion zu den einzelnen Punkten wiedergegeben werden. Die nachfolgenden Ergebnisprotokolle sollen die VDPP-Mitglieder aber über die wichtigsten Punkte informieren und zur weiteren Diskussion anregen.

AUSBILDUNG

Grundlage der Diskussion über eine zukünftige Ausbildung der Apothekerinnen und Apotheker war zum einen der Bericht über die Tagung der Bundesvereinigung der Pharmaziestudierenden in Deutschland (FVP) (siehe Rundbrief Nr. 13, S. 27) sowie die Leserbriefe von Vertretern deses Verbandes in der Fachpresse und die Vorlage zur Mitgliederversammlung des VDPP im Juni 1992 in Hohenroda. Das ausgearbeitete Papier der Krankenhausapotheker (ADKA) lag leider noch nicht vor.

Zeitrahmen: Zunächst wurde beschlossen, die Diskussion auch über den einen Tag hinaus fortzusetzen und bis zur Mitgliederversammlung des VDPP im Jahre 1994 ein zur Verabschiedung reifes Papier vorzulegen. Dieser Zeitrahmen erwies sich deshalb als günstig, da nach den bisherigen Verlautbarungen im Jahre 1995 eine neue Approbationsordnung im Ministerium erarbeitet werden soll. Zudem sahen sich die Mitglieder des Treffens in Kassel nicht in der Lage, bereits zu diesem Zeitpunkt Entsprechendes zu erarbeiten. Die folgenden Ergebnisse sollen deshalb hier zunächst zur Diskussion gestellt werden. Die weitere Koordination übernehmen Walter Schmidt (Göttingen) und Michael Höckel (Kassel). Sie werden auch Kontakt zu anderen Organisationen, v.a. der ADKA und dem FVP, aufnehmen.

Grundsätzliches:

Acht Semester: Es sollte an einer achtsemestrigen Ausbildung festgehalten werden. Zwar ließe sich die Aufnahme von Studieninhalten denken, die eine Erweiterung des Studiums nötig machen würde. Im Vergleich mit anderen Ausbildungsgängen und angesichts der Weiterbildungsmöglichkeiten der ApothekerInnen sowie angesichts der Erfodernisse, die an eine(n) ApothekerIn gestellt werden wurde auf die Forderung nach neun Semestern verzichtet.

Gleiches 2. Staatsexamen für alle: Nach dem achten Semester sollte eine Staatsexamensprüfung erfolgen, die für alle Studierenden die gleichen Berufsmöglichkeiten eröffnet. Das bedeutet, daß eine Aufsplittung im Hauptstudium mit der Folge unterschiedlicher Abschlüsse abgelehnt wird. Angesichts der Erfahrung, daß viele PharmazeutInnen die Wahl ihres Arbeitsplatzes (z.B. Industrie, Krankenhaus oder Apotheke) nachträglich in Frage stellen, sollte keine unnötige Hürde durch unterschiedliche Staatsexamina aufgestellt werden. Dies bedeutet jedoch nicht, daß im Hauptstudium keine Schwerpunkte gesetzt werden können.

Acht Semester müssen einzuhalten sein: Die Teilnehmer der Diskussion stellten zudem klar, daß das achtsemestrige Studium an den Universitäten so gestaltet werden muß, daß das Studium in diesem Zeitrahmen von mindestens neunzig Prozent der Studierenden zu schaffen ist. Dies richtet sich gegen die Tendenzen an den Hochschulen, die einzelnen Fächer überzube-

werten mit der Folge vieler Studienabbrüche, starker Verschulung und hoher Studiendurchschnittszeiten.

Hochschulstudium notwendig: Die Ausbildung der PharmazeutInnen sollte so gestaltet werden, daß der Auftrag der ApothekerInnen in der öffentlichen Apotheke - nämlich die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung (im Sinne einer Patientenorientierung) - voll erfüllt werden kann. Dazu ist ein gründliches Hochschulstudium notwendig, weshalb ein Fachhochschulstudium für nicht ausreichend empfunden wird.

Grundstudium - Praktika:

Das Praktikum Qualitative anorganische Analyse sollte um ein Viertel gekürzt werden. Zudem muß an allen Hochschulen eine bessere Einführung in die Laborarbeit gewährleistet werden. In der Praktikumszeit sollte außerdem weniger gekocht werden, statt dessen wären mit einem pädagogisch gut gemachten Seminar bessere Ergebnisse zu erzielen. Angestrebtes Einsparungsvolumen: 50 Stunden.
Das Praktikum Quantitative anorganische Analyse sollte gekürzt werden. Das Praktikum Instrumentelle Analytik sollte im gleichen Umfang bestehen bleiben. Angestrebtes Einsparungsvolumen: 30 Stunden.
Organische Synthesen: Das Praktikum sollte um die Hälfte gekürzt werden. In der verbleibenden Zeit sollte in Seminaren und in Gruppenarbeit der notwendige Stoff erarbeitet werden, wobei auf tatsächlich durchgeführte Synthesen zugunsten eines Demonstrationskurses verzichtet werden sollte. Einsparungsvolumen: 90 Stunden.
Arzneiformenlehre I, Pharmazeutische Biologie I, Zytologische und histochemische Grundlagen der Biologie, Physikalische Übungen, Physikalisch-chemische Übungen und Mikrobiologie sollten unverändert bestehen bleiben, Arzneipflanzenexkursionen sollten fakultativ angeboten werden.
Durch die Einsparungen in den Praktika könnte Raum geschaffen werden, um aus dem Hauptstudium das Praktikum der Physiologie sowie die Vorlesungen über Anatomie und Physiologie ins Grundstudium zu verlegen. Da dies eine Verlagerung von nur ca. 56 Stunden bedeuten würde, bliebe das Grundstudium insgesamt um ca. 100 Stunden entlastet. Diese Zeit stünde für Wahlfächer zur Verfügung.

Hauptstudium:

In den vier Examensfächern Pharmazeutische Biologie, Pharmazeutische Chemie, Arzneiformenlehre und Pharmakologie und Toxikologie sollten auch in Zukunft alle PharmazeutInnen geprüft werden.
Die Grundlagenfächer Biochemie, Pharmazeutische Chemie II und III, Pharmazeutische Biologie II und III, Arzneiformenlehre II und Pharmakologisch-toxikologischer Demonstrationskursus müssen von allen belegt werden (Hier sind die entsprechenden Praktika gemeint). Die nicht in den Praktika angesiedelten Seminare (Anforderungen des Arzneibuches an die Herstellung von Arzneiformen, Pharmazeutisch-technologische und biopharmazeutische Analysenmethoden, Fertigarzneimittel) sollten für alle verbindlich sein, allerdings wäre von einer Prüfung abzusehen. Das Praktikum Pharmazeutische Chemie III kann um 52 Stunden gekürzt werden. Das Praktikum Arzneiformenlehre II kann auf 156 Stunden gekürzt werden. Allerdings sind dann die Seminare bei diesen 156 Stunden nicht mehr enthalten. Im Praktikum Biochemie kann mit 102 Stunden der nötige Stoff vermittelt werden. Alle anderen Praktika müssen im bisher vorgesehehen Umfang absolviert werden. Die Vorlesungen und Seminare konnten in diesem Zusammenhang nicht näher untersucht werden. Insgesamt wird durch die Kürzung der Praktika in den Grundlagenfächern im Hauptstudium eine Einsparung von ca. 10% oder 290 Stunden erreicht.
Unter den Begriff Wahlpflichtfächer werden folgende Fächer subsummiert: Klinische Pharmazie und Klinische Chemie, Sozialpharmazie, Betriebswirtschaft, Grundlagen der Ernährung, Kommunikation und Psychologie, Alternative Therapien, Geschichte (weitere Fächer sind denkbar). Aus diesem Spektrum muß jeder Student mindestens zwei Fächer auswählen, wobei

in zwei Semestern pro Wahlpflichtfach zwei Wochenstunden vorzusehen sind (entspricht 104 Stunden).
Aus dem Spektrum der Grundlagenfächer und der Wahlpflichtfächer muß nach den Vorstellungen der Diskussionsteilnehmer von jedem Student ein Fach zum Schwerpunktfach erklärt werden, in dem er ein Semester lang eine kleine wissenschaftliche Arbeit anfertigt. Dieses Schwerpunktfach wird im Examen nicht extra geprüft. Ob das Ergebnis der wissenschaftlichen Arbeit in die Gesamtnote des Examens einfließen soll, wurde nicht näher besprochen.
Im Hauptstudium ergibt sich damit insgesamt ein leichter Zuwachs der Stundenzahl (ca. eine Stunde pro Woche), wobei jedoch nochmals auf die anfangs gemachte Bemerkung verwiesen werden soll, daß das Studium von den Hochschulen so gestaltet werden muß, daß es innerhalb von acht Semestern von mindesten 90% der Studenten abgeschlossen werden kann.

Die Famulatur sollte auf vier Wochen begrenzt werden. Im dritten Prüfungsabschnitt muß der praktikumsbegleitende Unterricht in Form des Blockunterrichts durchgeführt werden. Eine bessere Form dieses Unterrichts ist anzustreben. Außerdem sollte darüber nachgedacht werden, ob nicht ein halbes Jahr in der öffentlichen Apotheke ausreichend ist und der/die Praktikant/in in der zweiten Hälfte gezwungen sein sollte, weitere Einrichtungen kennenzulernen (Krankenhaus, Industrie, Verwaltung usw.). Leider konnte aus Zeit- und Ermüdungsgründen am Problem des 3. Prüfungsabschnittes nicht mehr weitergearbeitet werden.

Weitere Anregungen zu den gemachten Vorschlägen werden von der Rundbrief-Redaktion, den Vorstandsmitgliedern oder den Koordinatoren **Walter Schmidt, Ober Karspühle 5, 3400 Göttingen, und Michael Höckel, Parkstr. 47, 3500 Kassel**, gern entgegengenommen.

APOTHEKENBETRIEBSORDNUNG

Bei der Beratung der Apothekenbetriebsordnung wurden folgende Punkte behandelt: Abgabe von Arzneimitteln an Kinder, Notdienstbereitschaft, Risikoüberwachung, Sinnesprüfung, Information und Beratung, Apothekenassistenten, PKA/Helferin/Pharm. Assistenten, NRW-Erlaß, Schaufensterwerbung, apothekenübliche Waren, Labor, Beratungsecke. Im folgenden werden nur die Ergebnisse der Beratungen dokumentiert.

Abgabe von Arzneimitteln an Kinder: Die Abgabe von Arzneimitteln an Kinder bis einschließlich dem siebten Lebensjahr (also bis sie acht werden) sollte grundsätzlich untersagt werden. Dazu eignet sich §17 ApoBO. Die Abgabe von Arzneimitteln an Kinder zwischen dem siebten und dem 14. Lebensjahr sollte nur erlaubt werden, wenn entweder eine Verschreibung vom Arzt für dieses Kind (also nicht für jemand anderen) oder wenn eine schriftliche Erlaubnis vom Erziehungsberechtigten vorliegt. Damit wird weitgehend der Regelung gefolgt, wie sie in der ehemaligen DDR existierte. Diese Forderung ergibt sich aus der Erfahrung, daß viele Apotheken den bisher schon bestehenden unverbindlichen Appell, keine Arzneimittel an Kinder abzugeben, nicht beherzigen. Mit dieser Bestimmung soll außerdem den Eltern und den Kindern deutlich gemacht werden, daß Arzneimittel keine gewöhnliche Ware sind.

Notdienst: Die Diskussionsteilnehmer befürworteten eine Beibehaltung der bestehenden Notdienstbereitschaft der Apotheken. Ob für Landapotheken besondere Möglichkeiten geschaffen werden müssen, sollte im Einzelfall geprüft werden. Es sollte aber das aut-simile-Verbot für die Zeit der Notdienstbereitschaft aufgehoben werden.

Risikoüberwachung §21 ApoBO: Aus dem bisherigen Paragraphen (Ziffer 3) geht nicht eindeutig hervor, welche Stelle benachrichtgt werden muß, wenn Arzneimittelrisiken oder -mißbrauch beobachtet werden. Hier ist eine Klarstellung im Gesetz erforderlich. Ob als zuständige Stelle

eine amtliche Behörde oder die Arzneimittelkommission der Apotheker festgelegt werden sollte, blieb in diesem Kreise umstritten.

Sinnesprüfung von Fertigarzneimitteln (§12): Es wurde kritisiert, daß bestimmte Fertigarzneimittel, so wie sie von der Industrie geliefert werden, nicht geprüft werden können (Bsp. Zäpfchen). Deshalb sollte entweder auf die Forderung nach Sinnesprüfungen für diese Fertigarzneimittel in der ApoBO verzichtet werden, oder es sollte die Industrie aufgefordert werden, Sinnesprüfungen möglich zu machen. Dieser Meinung wurde im Diskussionskreis nicht gefolgt, da man/frau davon ausging, daß auch bei den genannten schwierig zu beurteilenden Arzneiformen Sinnesprüfungen unerläßlich seien.

Information und Beratung (§20): Kritisch wurde hier bemerkt, daß mit der Differenzierung zwischen "Information und Beratung" von den Kammern und Apothekerverbänden in der Hinsicht Standespolitik betrieben wird, daß den PTA und ApothekenassistenInnen nur die Befähigung der Informationsweitergabe an die PatientInnen zuerkannt wird. Diese Berufsgruppen seien durch ihre Ausbildung nicht befähigt, die PatientInnen zu beraten, weshalb sie nur unter Aufsicht des/der ApothekerIn arbeiten dürften (siehe "roten" Kommentar (Pieck e.a.) zur Apothekenbetriebsordnung §20). Mit dieser Auslegung begründete die Standesführung in letzter Zeit, warum die Apothekenassistenten mit den PTA im Einigungsvertrag gleichgestellt wurden und weshalb beide Berufsgruppen keine Vertretungsberechtigung haben könnten. Von den Diskussionsteilnehmern wurde diese Auslegung des "roten" Kommentars nicht geteilt. Allerdings befürworteten die Teilnehmer die Unterscheidung zwischen Information und Beratung in der ApoBO, so daß von der Forderung nach einer Änderung dieses Paragraphen abgesehen wurde.

Apothekenassistenten (§3): Der Berufsgruppe der Apothekenassistenten (Vorläufer des Pharmazieingenieurs in der ehemaligen DDR) sollte der Status zugestanden werden, daß sie "unter Verantwortung" des/der ApothekerIn arbeiten können und nicht "unter Aufsicht", wie es für die PTA festgelegt ist. Allerdings ist damit keine Vertretungsbefugnis gemeint, sondern quasi ein Status zwischen dem Pharmazieingenieur und dem Apothekerassistenten auf der einen Seite und der PTA auf der anderen Seite. Damit folgten die Teilnehmer den Forderungen der Apothekenassistenten.

PKA/Helferin/Pharmazeutische Assistenten (§3): Die genannten Berufsgruppen sollten zum pharmazeutischen Personal gehören. Damit ist aber nicht gemeint, daß sie sämtliche pharmazeutische Tätigkeiten ausüben sollten. Vor allem ist damit nicht gemeint, daß diesen Berufsgruppen die Abgabe apothekenpflichtiger und verschreibungspflichtiger Arzneimittel erlaubt werden sollte. Allerdings sollten sie deswegen zum pharmazeutischen Personal gerechnet werden, um sie vom Hilfspersonal und von den in Zukunft in die Apotheken drängenden Berufsgruppen (z.B. DiätassistentInnen, BandagistInnen usw.) abzugrenzen.

Schaufensterwerbung: Nach Auffassung der Teilhnehmer sollte auch die inhaltliche Gestaltung der Apothekenschaufenster durch die ApoBO in der Hinsicht geregelt werden, daß die Bewerbung von analgetikahaltigen, Laxantien enthaltenden (außer Quellstoffe) und Appetitzügler enthaltenden Arzneimittel sowie Antihistaminika enthaltende Sedativa in Apothekenschaufenstern nicht erlaubt werden sollte. Die Forderung, gar keine Werbung für apothekenpflichtige Arzneimittel in Apothekenschaufenstern zuzulassen, fand keine Mehrheit, ebenso die Meinung, alles beim alten zu belassen.

Bewertung des NRW-Erlasses ("... Die Größe einer Offizin darf 30% der Gesamtfläche der Apothekenbetriebsräume nicht überschreiten. Die apothekenüblichen Waren "Randsortiment gem. 25 AbBetrO (!) dürfen von der Fläche der Offizin höchstens auf 50% angeboten werden". siehe auch PZ Nr.7/1992, S.88): Dieser Erlaß in NRW wurde zur Verhinderung sog. Großraumapotheken ausgegeben, er gilt aber nur für Nordrhein-Westfalen. Von der Mehrheit

der Teilnehmer wurde die Tendenz dieses Erlasses gutgeheißen, weshalb sein Inhalt auch in der ApoBO festgelegt werden sollte. Allerdings sollte neben der prozentuellen Angabe (hier 30%) noch eine Quadratmeterzahl, die nicht überschritten werden darf, festgelegt werden (etwa 75qm). Außerdem sollte nicht der Begriff der Offizin verwendet werden, sondern etwa der Begriff der Bewegungsfläche der KundInnen oder der Freiwahlbereich, damit bei dieser Begrenzung nicht die Fläche, auf dem sich normalerweise das Apothekenpersonal bewegt oder die Schubladensäulen stehen, dazugezählt wird. Diese Begrenzung ist notwendig, um den Vorrang der Apotheke als Ort der Arzneimittelversorgung auch für die Zukunft festzuschreiben.

Apothekenübliche Waren (§25): Die Teilnehmer befürworteten, daß Fruchtsäfte, Fruchtnektare, Gemüsesäfte, Honig, Tafelwässer und Mittel zur Aufzucht von Tieren nicht in der Apotheke verkauft werden sollten. Die Abgabe von Broschüren zum Thema Gesundheit bis zu einem Wert von DM 2.50, in denen keine Werbung sein darf und an denen die Apotheke kein Gewinn machen darf, wird befürwortet. Die sonstigen apothekenüblichen Waren sollen weiter zum "Randsortiment" gehören, allerdings wird in diesem Zusammenhang nochmals darauf verwiesen, daß gleichzeitg eine Festlegung des Angebotsraumes für diese Waren in der Apotheke festgelegt werden muß.

Labor: Hier konnte keine Einigung erzielt werden. Aus Haftungsgründen sah sich ein großer Teil der Anwesenden nicht in der Lage, es der einzelnen Apotheke zu überlassen, ob sie die Rohstoffe zur Anfertigung von Rezepturen im eigenen Labor prüft oder dies einer zentralen Stelle überläßt.

Beratungsecke (§4): Bei der Vergabe neuer Betriebserlaubnisse sollte darauf geachtet werden, daß ein Raum in der Offizin zur Verfügung steht, an dem eine ruhige, vom übrigen Verkaufsgeschehen abgetrennte Beratung möglich ist.
Da bei den Beratungen über die Apothekenbetriebsordnung in Kassel diejenigen Mitglieder des VDPP anwesend waren, die sich im Vorfeld besonders intensiv und mit unterschiedlichen Positionen an der Diskussion beteiligt hatten, kann davon ausgegangen werden, daß die genannten Ergebnisse von einer großen Mehrheit der VDPP-Mitglieder getragen werden. Deshalb wird der Vorstand bei den Beratungen der ApoBO diese Positionen nach außen vertreten.

UDO PUTEANUS

Die patentierte Maus

Diese Maus hat viele Namen. Man nennt sie 4736866, myc-Maus, Krebsmaus oder auch Onko- oder Harvard-Maus. Ungewöhnlich wie ihre Namensvielfalt ist auch ihr Werdegang zur Patentmaus, den ich im folgenden vorstellen werde.
Geburtshelfer der Maus war das Genforschungsteam um den Wissenschaftler Phil Leder an der Harvard-Universität in den USA, dem es gelungen war, dem Tier im Embryonalstadium ein sog. myc-Gen einzuschleusen, wodurch es in erhöhtem Maße zur Krebsbildung neigt und hervorragend als Versuchstier in der Krebsforschung eingesetzt werden kann. Die Harvard-Universität sah natürlich gleich die Möglichkeit, mit dieser Entwicklung Geld zu verdienen und meldete deshalb beim US-Patentamt ein Patent auf die Maus an.
Bis dahin hatte das Patentamt noch kein Tier patentiert. Das oberste Gericht der USA, der Supreme Court, hatte jedoch schon 1980 die Weichen für eine neue Ära im Patentrecht gestellt. In seiner sog. Chakrabarty-Entscheidung erging nämlich das Urteil, daß "alles unter der Sonne, was von Menschenhand geschaffen ist", grundsätzlich patentierbar sei. Der Gentechnologe Ananda Chakrabarty hatte seiner Zeit Pseudomonas-Bakterien insoweit verändert, daß sie zu Erdölfressern wurden, und wollte diese Entwicklung patentieren lassen. Es ist klar, daß dieser Urteilspruch bei den Gentechnologen großes Aufsehen erregte, da es nun möglich zu sein schien, die Ergebnisse der Gentechnologieforschung vor Nachahmung zu schützen und so die in die Forschung gesteckten Investitionen zu amortisieren. Es verwundert nicht, daß mit der wachsenden Bedeutung der Gen- und Biotechnologie die Zahl der Patentanträge sprunghaft anstieg.
Waren bis dahin nur veränderte Mikroorganismen patentierbar, so änderte sich die Situation 1987 auf's Neue. Die Berufungskammer des US-Patentamtes entschied nämlich, daß eine bestimmte Austernzüchtung , für die ein
Patentantrag gestellt worden war, ein patentfähiger Gegenstand sei, da es sich bei den Austern um "Erzeugnisse" handle, die nicht in der Natur vorkämen. Obwohl das Patent aus bestimmten Gründen später doch nicht erteilt worden ist, kam es nach dem Urteilsspruch in der amerikanischen Öffentlichkeit und im Kongress zu heftigen Kontroversen, da nun auch höhere Lebewesen als patentierbar gelten sollten. Trotz dieser Protestwelle wurde dann am 13.04.1988 das erste Patent auf ein Tier erteilt. Das Patent Nr. 4736866 ging an unsere Krebsmaus. Darüber hinaus gilt es jedoch auch für alle anderen transgenen Lebewesen, die das besagte myc-Gen exprimieren. Ausgenommen ist nur der Mensch.
Drei Jahre vor der amerikanischen Patenterteilung hatte die Harvard-Universität die Maus, die mittlerweile vom Chemiekonzern Du Pont vertrieben wird, auch beim Europäischen Patentamt (EPA) in München angemeldet. Am 14.07.1989 wies die Prüfungsabteilung des EPA die Patentanmeldung jedoch zurück, da ihrer Meinung nach das in Europa geltende Patentierungsverbot für Tierarten als generelles Patentierungsverbot für Tiere zu verstehen sei. Ganz anders sah das allerdings im Oktober 1990 die Technische Beschwerdekammer des EPA. Sie hob die Entscheidung der Prüfungsabteilung auf, denn ihrer Meinung nach sei dem Europäischen Patentübereinkommen (EPÜ) ein generelles Patentierungsverbot für Tiere nicht zu entnehmen. Außerdem hielt sie das von Harvard verwendete Verfahren für ein mikrobiologisches, das nach dem EPÜ vom Verbot der Patentierung ausgenommen sei. Die Prüfungsabteilung wurde dann noch aufgefordert zu prüfen, ob eine Verwertung der Maus-Erfindung eventuell gegen die "öffentliche Ordnung" oder gar gegen die "guten Sitten" verstoße, was eine Patentierung laut EPÜ unmöglich mache. 1991 kam dann die Prüfungsabteilung zu einem gänzlich anderen Beschluß als 1989. Hinsichtlich der ethischen Fragen meinte sie, daß der Grundsatz gelten müsse, daß neue Technologien auch dann, wenn sie mit Risiken behaftet sind, nicht grundsätzlich vom Patentschutz auszuschließen seien, sondern daß "jeder Einzelfall auf Grund seiner konkreten Sachlage" zu entscheiden sei. Von übergeordneter Bedeutung müsse dabei das "Wohl der Menschheit" sein, also im Falle der Krebsmaus

die Erforschung und Bekämpfung der Krebserkrankungen. Das Leiden der Tiere und eventuelle Risiken für die Umwelt nahm die Prüfungsabteilung zwar zur Kenntnis, der "angestrebte Nutzen zum Schutze höherwertigher Interessen der Menschheit" rechtfertige aber diese Nachteile.

Am 13.05.1992 war es dann so weit: die Firma Du Pont konnte endlich die Gläser klingen lassen, denn das Europäische Patentamt erteilte das Patent auf die Krebsmaus. Daß die Patentierung der Krebsmaus kein Einzelfall bleiben wird, zeigt ein Blick auf die Patentanmeldungen, die bis Oktober 1991 beim EPA zur Prüfung vorlagen. Von 67 Anmeldungen waren 39% für Labortiere und Krankheitsmodelltiere eingereicht worden und 25% für "Molecular pharming", bei dem Mäuse, Rinder, Schafe oder Ziegen mit ihrer Milch Arzneistoffe ausscheiden können.

In seinem neuen Programm spricht sich der VDPP gegen eine Patentierung von Lebewesen aus Wie können wir nun den Worten Taten folgen lassen? Zum Beispiel dadurch, daß der VDPP zusammen mit anderen Organisationen Einspruch gegen die Patentierung einlegt. Dies ist bis zum 13.02.93 möglich. Auf einem Treffen am 16.05.92 beim Gen-ethischen Netzwerk in Berlin, an dem Teilnehmer und Teilnehmerinnen von Umwelt-, Tierschutz- und Anti-Gentechnologie-Organisationen teilnahmen, wurde beschlossen, einen gemeinsamen Einspruch zu erheben, da das Einspruchsverfahren mit nicht unerheblichen Kosten (mehrere 100 bis einige 1000 Mark) verbunden ist.

Eine damals in Berlin bestätigte "Münchner Erklärung" wurde bisher von über 30 Organisationen (Stand Juni 92) unterzeichnet.

In ihr werden folgende Forderungen aufgestellt:

1. sofortiger Widerruf des Patents auf die Krebsmaus
2. kein Patentschutz für genmanipulierte Lebewesen
3. kein Patentschutz für Produkte von und aus Lebewesen, wie Nahrungs-mittel, Kosmetika oder für Verfahren zu deren Herstellung
4. kein Patentschutz für Chromosomen, Gene, DNA-Sequenzen sowie deren Herstellung

Ich bin der Meinung, daß sich der VDPP diesem Bündnis anschließen und sich an den Kosten des Einspruchs beteiligen sollte. Über Unterstützung dafür aus der werten Leserschaft wäre ich sehr erfreut.

Als Quellen für diesen Artikel dienten mir übrigens verschiedene Artikel aus dem Gen-ethischen Informationsdienst, der schon seit ungefähr 2 Jahren dieses Thema behandelt. Informationen zur Anti-Patentierungskampagne erhält man im **Koordinationsbüro "Kein Patent auf Leben", Holzstraße 2, 8000 München 5 oder beim Genethischen Netzwerk, Winterfeldstraße 3, 1000 Berlin 30.**

THOMAS HAMMER

Thomas Hammer
Breite Straße 112
2000 Hamburg 50

Nach mehrtägiger Jagd gelang es den Sicherheitskräften der Heidelberger Firma BioGen, ihre entlaufenen Saurier wieder einzufangen. Die Dinos waren im Auftrage des neuen Steinzeit-Parks bei Paris geschaffen worden, nachdem sich die Reaktivierung von altem, in Bernstein eingeschlossenem Erbgut als durchaus machbar erwiesen hatte. Unklar ist allerdings, wie die Dinos trotz scharfer Schutzvorkehrungen aus ihrem Gehege entweichen konnten. „Wir hatten Glück, daß es sich bei diesem Auftrag um Pflanzenfresser gehandelt hat, denn einen tonnenschweren Fleischfresser hätten wohl auch superstarke Betäubungsbolzen kaum aufgehalten", erklärte ein Firmensprecher. Die Behörden vermuten, daß radikale Gegner der Gentechnologie die Sicherheitsschleusen des an sich hermetisch abgeriegelten Labors überwunden und die Alarmanlagen außer Kraft gesetzt haben. Spuren wurden bislang allerdings noch nicht gefunden. Die Dinos hatten während ihrer Nahrungssuche neben mehreren Pkw auch den Garten des Heidelberger Schlosses und 20 Hektar Obstbaumplantagen völlig verwüstet. **A.Khammas**

INITIATIVE ZUR UNTERSÜTZUNG DER FRIEDENSBEWEGUNGEN IM EHEMALIGEN JUGOSLAWIEN

c/o Martin Niemöller Haus / Friedenszentrum, Pacelliallee 61, 1 Berlin 33, Tel.: 832 54 97

zusammen mit

Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges (IPPNW) e.V.
Körtestraße 10
1000 Berlin 61

Internationale Liga für Menschenrechte
Sektion Berlin
Mommsenstraße 27, 1 Berlin 12

Berlin, Mitte Mai 1992

Bitte um medizinische Hilfsgüter für Bosnien-Herzegowina

In den zerstörten Städten und Dörfern Bosnien-Herzegowinas sowie in den Flüchtlingslagern werden dringend gebraucht:

Medikamente
Medizinische Geräte
Verbandsmaterial

Die Bevölkerung in Bosnien-Herzegowina wollte ganz überwiegend nicht in die jugoslawischen Nationalitätenkämpfe hineingezogen werden. Jetzt ist sie den Überfällen serbischer und kroatischer Freischärler sowie den Angriffen der ehemaligen Bundesarmee hilflos ausgeliefert. Unter der Zivilbevölkerung gibt es Tote und Verwundete. Viele sind auf der Flucht.

Die Initiative zur Unterstützung der Friedensbewegung im ehemaligen Jugoslawien hat seit November 1991 66.000 DM gesammelt und für die Friedensarbeit in Belgrad, Ljubljana, Novi Sad, Pančevo, Rijeka, Sarajevo, Subotica, Titograd und Zagreb zur Verfügung gestellt. Angesichts der Not in Bosnien-Herzegowina und der geringen Hilfeleistungen von anderen Seiten hat sie ihr Aktionsfeld erweitert.

Wir organisieren Transporte mit Hilfsgütern vor allem nach Bosnien-Herzegowina, aber auch in Flüchtlingslager angrenzender Gebiete. Personen, die von dort stammen und bei uns mitarbeiten, sorgen vor Ort dafür, daß die medizinischen Hilfsgüter auch wirklich Krankenhäuser und medizinische Stationen in den notleidenden Gebieten erreichen und daß sie allen dort lebenden Nationalitäten zugute kommen.

Die medizinischen Hilfsgüter können abgegeben werden bei:

Berliner Büro der IPPNW-Ärzte
Körtestr. 10, 1 Berlin 61
Tel.: 693 02 44
Mo bis Fr 10 bis 16 Uhr

Martin Niemöller Haus / Friedenszentrum
Pacelliallee 61, 1 Berlin 33
Tel.: 832 54 97
Mo bis Fr 17 - 19 Uhr

Mirco Jovic´
Straße 334, Staaken
chem. Unterbringungsstätte für
DDR-Grenzposten, Tel.: 363 51 96

Süd Ost Europa Kultur e.V.
Großbeerenstr. 88, 1 Berlin 61
Tel.: 251 01 28/9
Mo bis Fr 10 bis 15 Uhr, Samstag 15 - 19 Uhr

Wer den Kauf und Transport von Medikamenten und Nahrungsmitteln nach Bosnien-Herzegowina finanziell unterstützen möchte, möge eine Spende überweisen an:

IPPNW
Stadtsparkasse Gaggenau
BLZ 665 512 90
Konto 500 009 18
Stichwort: Bosnien

bitte unbedingt angeben !
Eine Spendenbescheinigung wird zugeschickt

Mit bestem Dank
für die

INITIATIVE ZUR UNTERSTÜTZUNG DER FRIEDENSBEWEGUNGEN IM EHEMALIGEN JUGOSLAWIEN
Hilde Schramm
Hilde Schramm

INTERNATIONALE LIGA FÜR MENSCHENRECHTE SEKTION BERLIN
Alisa Fuss
Alisa Fuss, Präsidentin

DEUTSCHE SEKTION DER IPPNW-ÄRZTE
Roelen
Michael Roelen

Protokoll der Vorstandssitzung des VDPP am 15./16.8.1992 in Isny/Allgäu

Anwesende Vorstandsmitglieder: Gudrun Hahn, Thomas Hammer, Dorothea Hofferberth, Hanne Lederer, Anita Maas, Regina Schumann

Entschuldigt: Gerd Glaeske

Außerdem anwesend: Udo Puteanus; Eugen Eschenlohr (Samstag vormittag)

Die vorliegende Tagesordnung wird angenommen.

TOP 1
Wahl von TagungsleiterIn und ProtokollschreiberIn
Tagungsleitung: Thomas Hammer
Protokoll: Regina Schumann
Dauer der Sitzung: 15.8.1992: 10^{00} bis 19^{30}
16.8.1992: 9^{15} bis 12^{00}

TOP 2
Protokoll von der Vorstandssitzung
25./26.4.92 in Hamburg
Das Protokoll der Sitzung wird in der im Rundbrief 13 (Juni 92) veröffentlichten Fassung ohne Gegenstimmen genehmigt.

TOP 3
Berichte der Vorstandsmitglieder
Seit der Mitgliederversammlung sind 4 Mitglieder ausgeschlossen worden, 2 Mitglieder sind ausgetreten. Das Protokoll der Mitgliederversammlung soll vor Veröffentlichung den Vorstandsmitgliedern zur Kenntnis gegeben werden. Die Namen der aufgenommenen und ausgeschlossenen Mitglieder sollen nicht veröffentlicht werden.
Es fanden die regelmäßigen Regionaltreffen in Berlin und Hamburg statt. Die Niedersachsen treffen sich im September.
Anita Maas berichtet über ein Treffen der Regionalgruppe Hessen im Odenwald, auf dem, wie auch in Hamburg, über die Apothekenbetriebsordnung diskutiert wurde.
Hanne Lederer ist über ihre Kontakte zur "Isnyer Friedensinitiative im Gesundheitswesen" dem Forschungsinstitut "Umwelt - Kultur - Frieden" (gegründet von Till Bastian) beigetreten.

TOP 4
Kassenbericht
Der Kontostand lautet z.Zt. 14 402,26 DM beim Postgiroamt und 6.532,00 DM bei der Berliner Sparkasse. Es zahlen immer noch 4 Mitglieder auf das Sparkassenkonto, das demnächst aufgelöst werden soll. Udo Puteanus und Regina Schumann sollen die betreffenden Berliner Mitglieder noch einmal ansprechen.
Gudrun Meiburg hat 24 Überstunden, die mit 400 DM vergütet werden sollen.
Eugen Eschenlohr fragt, ob der VDPP Bayer-Aktien hat bzw. kaufen will, um dann das Stimmrecht auf die aktiven Bayer-Aktionäre zu übertragen. Der Vorschlag soll auf der nächsten Mitgliederversammlung besprochen werden.
Es wird noch einmal angeregt, ein Festgeldkonto einzurichten.

TOP 5
Tätigkeitsbericht von Udo Puteanus:
- Öffentlichkeitsarbeit: Der Artikel über die Mitgliederversammlung in der DAZ und PZ hat Resonanz gezeigt (4 Briefe an die Geschäftsstelle).
- Geschichtsausstellung: Die Kopie, die der Apotheke im Gesundheitszentrum Riedstadt zur Verfügung gestellt worden war, ist wieder aufgetaucht!
Die Ausstellung wurde im Juni/Juli von der Fachschaft Pharmazie in München gezeigt. Im November/Dezember wird sie an der Universität Braunschweig zu sehen sein. Die Bonner Fachschaft will eine Kopie kaufen.
- Artikel/Werbebriefe: Selbstdarstellung des VDPP für den Mabuse in Arbeit, Brief an den "Verband der europäischen sozialen Apotheken" zwecks Kontaktaufnahme.
- Seminare/Treffen: Vorbereitung der Treffen zur Apothekenbetriebsordnung (20.9.) und Ausbil-

dung (19.9) in Kassel und der Sozialpharmazie-seminars (28.11.) in Berlin

Der Vorstand dankt Udo Puteanus, der Werkvertrag wird, wie auf der Mitgliederversammlung beschlossen, verlängert.
Für den Fall des Ausscheidens von Udo Puteanus wurde die Aufgabenverteilung diskutiert.

TOP 6
Programm
Die nach der Mitgliederversammlung überarbeiteten Programmpunkte "Sozialpharmazie", "Ökologie und Umweltschutz", "Frauen in der Pharmazie, Frauen und Arzneimittel", "Geschichte" und der Einschub zu den besonderen Therapierichtungen wurden besprochen und mit kleinen Änderungen verabschiedet.
Udo Puteanus arbeitet alle Änderungen ein und schickt den Vorstandsmitgliedern einen Kopie zur Korrektur zu.

TOP 7
Vereinsjahr 1992/1993

19.9.92: Treffen der auf der Mitgliederversammlung gegründeten Ausbildungsgruppe in Kassel

20.9.9: Treffen zur Apothekenbetriebsordnung in Kassel

1.- 4.10.92: Apothekertag in München
Treffen der VDPP-Mitglieder am Samstagabend

28.11.92 Sozialpharmazie-Seminar in Berlin
Zu diesen 4 Terminen wird ein Ankündigungsschreiben mit genaueren Informationen an alle Mitglieder Ende August verschickt.

9./10.1.93: Vorstandstreffen in Hameln

24./25.4.93:Vorstandstreffen in Heidelberg

15./16.5.93:Frauenseminar in Kaufungen

5./6.6. oder 19./20.6.93: Mitgliederversammlung in oder um Göttingen

TOP 8
Apothekertag in München
Udo Puteanus und Ulrike Faber sind Delegierte der AK Berlin, Thomas Hammer der AK Hamburg. Ob auf der Hauptversammlung Anträge gestellt werden können, hängt davon ab, ob noch zwei Delegierte für die Daueranträge zur Offenlegung und zur Quotierung gefunden werden können. Die Ausbildungsgruppe versucht noch einen Antrag zur Approbationsordnung zu formulieren. Zur Selbstbeteiligung soll kein Antrag gestellt werden. Falls von Gerd Glaeske oder Ulrich Hagemann neue Aspekte eingebracht werden, soll kurzfristig ein entsprechender Antrag vorbereitet werden.

TOP 9
Geplante Seminare:
Arzneimittelsicherheit: Ulrich Hagemann soll zu Struktur und Inhalt eines solchen Seminars angesprochen werden.
Drogenproblematik/Arzneimittelsucht: Gudrun Hahn, Ulrike Faber und Gerd Glaeske sollen sich über eine Ausgestaltung Gedanken machen. Insbesondere der Konfliktpunkt "Kombinationsanalgetika in der Selbstmedikation" soll aufgenommen werden.
Sozialwahlen: Udo Puteanus spricht Ingeborg Simon an.
Frauen: Das Thema "Frauen und Arzneimittel" ist noch nicht ausdiskutiert und soll weiter bearbeitet werden, wobei auch eine Bearbeitung in einem Frauen + Männer-Seminar (s.o.) in Betracht gezogen wurde. Das Geschichtsthema "100 Jahre Frauenstudium Pharmazie" soll weiterverfolgt werden. Ob die vorhandenen Unterlagen und die Motivation der Interessierten für die Gestaltung des gesamten Wochenendes mit diesem Thema ausreicht, wird sich im Laufe der Vorbereitung herausstellen.

TOP 10
Mitgliederversammlung 1993
siehe TOP 7 (Vereinsjahr 1992/93)
Es wird ein neuer Vorstand gewählt. Im Vorfeld sollen mögliche Kandidaten angesprochen werden.

TOP 11
Rundbrief
Der nächste Rundbrief wird von Christa Augustin koordiniert. Auch die Rundbriefe November/Dezember und Januar/Februar sollen federführend von der Hamburger Gruppe erstellt werden.

TOP 12
Verschiedenes
Hanne Lederer gibt einen Überblick über die z.Zt. geführte Diskussion zur Substitution Drogenabhängiger mit Methadon und ihre Einschätzung der verschiedenen Programme.
Als Themen für die nächsten Vorstandstreffen sind geplant:
- soziale Apotheken in Europa
- Tierschutz und Tierversuche

Beschlüsse

1. Das Protokoll der Mitgliederversammlung soll vor Veröffentlichung den Vorstandsmitgliedern zur Kenntnis gegeben werden. Die Namen der aufgenommenen und ausge-schlossenen Mitglieder sollen nicht veröffentlicht werden.
2. Auf der nächsten Mitgliederversammlung soll beraten werden, ob der VDPP Aktien (z.B. von Bayer oder Schering) kaufen und dann das Stimmrecht den kritischen Aktionären übertragen soll.

REGINA SCHUMANN

Bericht über die Kammerversammlung der Apothekerkammer Hamburg am 11.8.92

Zur 1. (!!) Kammerversammlung in diesem Jahr lud der neue Kammerpräsident Dr. Gelberg, und 83 Kammerangehörige sollen gekommen sein. In Hamburg wird im Gegensatz zu vielen anderen Kammerbereichen eine Mitgliedervollversammlung veranstaltet. Recht verwirrend für einen Zugezogenen wie mich, der aus seiner kurzen Zeit als Delegierter in der Kammerversammlung Berlin den schon beinahe ritualisierten Umgang, den die verschiedenen Listen miteinander pflegen, kennengelernt hat. Sicherlich könnte eine Vollversammlung "basisdemokratischer" sein, wenn man sich häufiger als in Hamburg üblich versammeln würde.
Der neue Kammerpräsident Dr. Gelberg, der Ende letzten Jahres den schillernden Dr. Ahlgrimm in seinem Amt abgelöst hat, eröffnete die Versammlung mit dem Bericht des Vorstands. Ob es an der unsicheren Art des Vortrags oder an einer gewissen Müdigkeit meinerseits lag, vermag ich nicht mehr mit letzter Sicherheit zu sagen; jedenfalls ist bei mir als wichtiges nur hängengeblieben, daß es zu einer Nachwahl eines angestellten Apothekers oder einer Apothekerin kommen wird. Die VDPP-Mitglieder in Hamburg sollten sich überlegen, ob sie nicht jemanden ins Rennen schicken müßten.
Nach dem Bericht des Vorstandes, der von der Versammlung stillschweigend zur Kenntnis genommen wurde, kam erst dann Leben in den Saal, als neben dem Entwurf einer neuen Wahlordnung für die kommenden Vorstandswahlen der Entwurf für eine Weiterbildungsordnung diskutiert wurde, die es in Hamburg bis heute nicht gibt. Dabei wurde weniger über den Entwurf selbst als über die im für Hamburg gültigen Apothekergesetz vorgeschriebene Übergangsregelung diskutiert, die besagt, daß

jede Apothekerin und jeder Apotheker zum Führen des Titels Fachapotheker für Offizinpharmazie berechtigt ist, wenn eine mindestens fünfjährige ganztägige Berufstätigkeit in der Apotheke nachgewiesen werden kann und innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung ein Antrag zum Führen des Titels gestellt wird. Dagegen sprachen sich in erster Linie die recht zahlreich vertretenen jüngeren Anwesenden aus, die diese Regelung als ungerecht empfanden.

Der absolute Höhepunkt des Abends war dann meiner Meinung nach die Diskussion über die Anträge der Kammerversammlung für den Apothekertag. Sah es anfangs noch so aus, als ob keinerlei Anträge vorbereitet worden wären, nahmen dann doch einige Herren des Apothekervereins das Heft entschlossen in die Hand. Gottlob war just am Tag der Kammerversammlung der Brief (Dr. Gehlberg nannte ihn treffend Hirtenbrief) des ABDA-Präsidenten in den Apotheken angekommen, zu dem ja auch der sog. "Forderungskatalog der deutschen Apotheker" an den Gesundheitsminister gehörte.

Die Herren machten sich nun ans Werk, einen Absatz dieses Katalogs nach dem anderen mühsam in Anträge umzuformulieren. Man muß dieses lächerliche Spektakel wohl miterlebt haben, um sich vorstellen zu können, wie kümmerlich und peinlich diese Szene auf den Betrachter wirken mußte. Dann verstieg man sich sogar noch dazu, direkt nach der Formulierung über die Anträge abstimmen zu wollen, da diesen Anträgen ja doch wohl jeder zustimmen könne. Das sahen allerdings nicht alle Anwesenden so.

Letztendlich wurden dann doch nach kurzer Diskussion alle Anträge brav mit großer Mehrheit angenommen. Ganz anders erging es da Bernd Rehberg, der einen Antrag zur Ablehnung der Selbstbeteiligung stellte. Solidargemeinschaft? Schön und gut, aber momentan sei es leider nicht möglich, ja es wäre sogar unvernünftig, sich gegen eine Selbstbeteiligung auszusprechen, usf.. Spätestens jetzt hätte ich mir einige VDPP-Mitglieder mehr im Saal gewünscht. Es waren aber nur sieben da. Der Antrag wurde übrigens nach recht lebhafter Diskussion mit 13 Gegenstimmen abgelehnt.

Zum Abschluß wurden dann die Delegierten der Kammer für den Apothekertag gewählt. Bei den WIV-Apothekern wurde Renate Rathmann als Stellvertreterin gewählt, bei den Angestellten hatte der Autor das große Glück, neben zwei weiteren Kandidaten gewählt zu werden. Interessant bei der Wahl der delegierten Angestellten war, daß die beiden Kandidaten, die dem Kammervorstand angehören, aber nicht anwesend waren, nicht gewählt wurden. Hamburg wird somit durch 3 Frauen und 4 Männer in München vertreten sein, wobei die Delegierten des Apothekervereins noch nicht berücksichtigt sind.

THOMAS HAMMER

Ein Kammerbericht von der Delegiertenversammlung der Apothekerkammer Berlin am 10.09.92

Vorbemerkung:

Würde ich mich bei meiner Berichterstattung auf das Bemerkens- und Behaltenswerte beschränken, bliebe dieser Bericht wohl ungeschrieben. Wollte ich mich als Chronistin betätigen, müßte ich Euch und mich auf mehreren Seiten zum Gähnen bringen.

Dürfte ich mich auf's Kabarettistische beschränken, wäre es amüsant, würde aber zu der falschen Schlußfolgerung verleiten, Delegiertenversammlungen seien unterhaltsam oder wenigstens lustig. Ich entschließe mich - da nun einmal zugesagt - zum Kurzbericht (soviel wie unbedingt nötig, sowenig wie möglich).

I. Zum x.ten Mal die Diskussion um Sinn, Zweck und Art eines Sitzungsprotokolls. Es konzentrierte sich diesmal auf die Frage, ob aus den Niederschriften hervorgehen soll, von welcher Liste bzw. Fraktion die hier zitierten Delegierten sind. Wir halten diesen Zusatz für eine Selbstverständlichkeit, damit sich diejenigen, die sich das Protokoll durchlesen, ein Bild von den

unterschiedlichen Gruppen machen können. Aber genau das möchte die Kammermehrheit der Unternehmer eben nicht. Sie fürchten solche Unterscheidungen wie der Teufel das Weihwasser! Und darum wurde dieses Anliegen wieder niedergestimmt!

II. Auch zum x.ten Mal die "Pröbchen-Diskussion": Unsere Berufsordnung erlaubt die Abgabe *einer* Probe aus dem Pflege-Kosmetik-Bereich in Verbindung mit einer Beratung! Gegen diese Regelung wird in Berliner Apotheken täglich zigfach verstoßen. Einer unserer Fraktionskollegen, der in den letzten Monaten in diversen Apotheken Vertretungsarbeit ableistete, machte die Erfahrung, daß Proben gleich massenweise in die Einkaufstüten wanderten. Die "Pröbchen-Diskussion" ist die Domäne der Unternehmer. Hier beschimpfen sich die Stürzbechers (als die Vertreter der "reinen Lehre") und die "Guten-Tag-Apotheker". Raus kommt dabei nie etwas - es bleibt immer wie gehabt.
Stürzbecher konnte berichten, daß in NRW das totale Probenabgabeverbot in deer Berufsordnung Eingang gefunden hat. Ob NRW jetzt probenrein ist? Es darf wohl gezweifelt werden!

III. Stürzbecher erzählte von der unheimlichen Begegnung mit Seehofer (als Gast der ABDA), den er als stark und unerbittlich erleben mußte. Nach diesem Zusammentreffen fürchtet die ABDA die Einführung einer Positivliste mehr denn je! Wer von uns hätte sich noch vor kurzem träumen lassen, daß ausgerechnet ein CSU-Mensch zum Geburtshelfer einer solchen, von uns schon lange geforderten Entscheidungshilfe für die Ärzte werden könnte! Da die ABDA dem offenbar nichts Inhaltliches entgegenzusetzen hatte, forderte sie trotzig die Halbierung des Mehrwertsteuersatzes sowie Geld für Serviceleistungen bei der Datenlieferung.
Unsere Forderung, die ABDA möge sich in der Reformdebatte endlich einmal mit den Fakten auseinandersetzen, die der jährliche Arzneiverordnungsreport des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen präsentiert (daß jährlich mehr als ein Viertel aller Arzneimittelausgaben für therapeutisch umstrittene und unwirksame Präparate draufgehen), stieß natürlich auf wenig Gegenliebe und wurde lediglich mürrisch zur Kenntnis genommen. Lieber suchen die Delegierten nach anderen Bereichen, wo sich der Sparhebel ohne Nachteile für die eigenen Pfründe ansetzen läßt: im Krankenhausbereich zum Beispiel. Der Anruf des heiligen Florian, er möge doch das Haus des anderen anzünden, feiert in der Kammer immer dann fröhlich Urständ, wenn es an die eigene Knete geht.

IV. Die angesetzte Diskussion um den Entwurf einer neuen Apothekenbetriebsordnung wurde nach dem Blick zur Uhr reduziert auf die dazu vorliegenden Anträge zum Apothekertag. Sie beinhalten nichts Wesentliches, wurden meist abge-lehnt. Unser Antrag, die Arzneimittelabgabe an Kinder zu verbieten, wurde - wie schon 1985 - als unpraktikabel zurückgewiesen. Unsere Argumente, das funktionierende Alkoholabgabeverbot im Lebensmittelhandel und der Beweis der Praktikabilität solcher Einschränkungen durch die jahrelange DDR-Praxis sprächen dagegen, blieben unbeachtet.

V. Der Kammervorstand hatte keine Anträge vorbereitet. Unsere beiden "Dauerbrenner" - die Forderung nach einer Frauenquote und der Transparenz der Hauptversammlung hinsichtlich ihrer Zusammensetzung - hatten keine Chance. Das Zitat "Wir wollen keine Gnadenfrauen" dazu verweist auf die vorhandene geistige Verfassung.

VI. Der "Ausschuß zur Einhaltung berufsgerechten Verhaltens" wurde beauftragt, sich erneut "detektivisch" der unerlaubten Pröbchenabgabe und der Mißachtung der Rezeptpflicht zu widmen. Die dazu gehörende Diskussion erspare ich Euch und mir.

VII. Unser VDPP-Mitglied Walter Schmidt, der sich sehr verdienstvoll mit den Klippen und Falltüren der Altersversorgung befaßt hat, verwies in einer Tischvorlage noch einmal auf das Problem der Nichtanerkennung von Erziehungsjahren vor 1992 und verwahrte sich gegen das Verhalten seiner Gegner bei diesem Anliegen.

Fragt nun jemand von Euch, was hält Euch eigentlich in diesem Saftladen, so antworte ich: Unsere Präsenz verhindert Schlimmeres, thematisiert Probleme, über die die Standesmehrheit gern schweigt, zwingt dazu, Farbe zu bekennen, beschert uns Mandate für den Apothekertag und zeigt, daß es auch in unserem Berufsstand eine Opposition gibt.
Wir machen also weiter - trotz alledem!!

INGEBORG SIMON

Delegiertenversammlung der Apothekerkammer Berlin

Die Kleingeister von Berlin

Es macht schon betroffen, wenn man von einer Apothekerkammer inhaltliche und durchdachte Entscheidungen erwartet und diese Erwartung mit der tatsächlich geleisteten Arbeit vergleicht. Das, was sich die Apothekerkammer Berlin in ihrer letzten Delegiertenversammlung erlaubt hat, muß schon fast dazu führen, daß man sich schämt, Apotheker zu sein. Wenn dann noch am Schluß der Sitzung die Bemerkung des Präsidenten fällt, daß die Apothekerkammer Berlin die Kammer sei, in der am konstruktivsten gearbeitet und am intensivsten diskutiert wird, dann frage ich mich, was man erwarten darf von den Apothekern in Deutschland, wenn es um Weichenstellungen für die Zukunft geht: Gesundheitsstrukturgesetz, EG-Angleichung, Approbationsordnung, Apothekenbetriebsordnung - alles Themen von weitreichender Bedeutung.

Gesundheitsstrukturgesetz

Bei der Diskussion über den Entwurf des Gesundheitsstrukturgesetzes kamen die meisten Diskussionsbeiträge der Delegierten über die gewohnte Benennung der wirtschaftlichen Risiken für die Apotheken nicht hinaus ("wenn ich am 2. Januar meine Tür aufschließe, hat mein Warenlager 5% an Wert verloren"). Kein Wort von den erneuten Belastungen der Kranken, kein Wort von den ungeheuren Gewinnen der Pharmaindustrie, der Großhandlungen und der Apotheken im letzten Jahr, kein Wort von den verstärkten Entsolidarisierungstendenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Und natürlich kein Wort vom notwendigen Beitrag der Apotheker zur Qualitätsverbesserung bei der Arzneiversorgung. Sechs Milliarden Mark im Jahr für therapeutisch umstrittene Arzneimittel müßten auch den Apothekern zu denken geben, wenn sie ihren Auftrag der "Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung" ernst nehmen wollen. Auf all diese Aspekte hinzuweisen, die über die rein ökonomische Betrachtung hinausgehen, überließ man den Delegierten der Fraktion Gesundheit. Wie kann man die Apothekerschaft noch ernst nehmen, wenn sie keinen konstruktiven Beitrag auf ihrem ureigensten Gebiet leistet, der auch den Patienten zugute kommt? (Zu dieser ganzen Problematik siehe auch VDPP-Rundbrief Nr. 14, S. 17ff.)

Apotheke der Zukunft

Auch in der grundsätzlichen Frage der Apotheke der Zukunft hatten die Delegierten der Apothekerkammer Berlin keinen Beitrag zu leisten. Die Fraktion Gesundheit war die einzige Liste, die zu diesem Thema eine eigene Stellungnahme eingebracht hatte (siehe VDPP-Rundbrief Nr. 14, S. 25 ff.), obwohl gleiches von den anderen Listen angekündigt worden war. Der Hinweis, daß die Reaktion auf die aktuellen Kostendämpfungsmaßnahmen zu viel Zeit in Anspruch genommen hätten, so daß man sich nicht in der Lage sah, ein Papier zu erarbeiten, kann unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden langen Zeitspanne (von Februar bis Juli) nicht befriedigen. Auch der Wunsch der Fraktion Gesundheit, die anderen Listen mögen ihren Beitrag nachreichen, fand keine Zustimmung. So wurde auch diese inhaltliche Diskussion, der man noch in der letzten Legislaturperiode große Aufmerksamkeit geschenkt hatte, unerledigt zu den Akten gelegt. Besonders enttäuschen mußte in diesem Zusam-

grüßen, daß die PKA auch auf diesem Gebiet ausgebildet werden soll.
Denn nur mit einer guten Ausbildung kann auf diesem Gebiet eine vernünftige Beratung erfolgen, der sich ja die Apothekerschaft verpflichtet fühlt. Der Einwand der Mehrheit, damit würden sich die Apotheker zum Teil überflüssig machen, ist nicht stichhaltig; denn die Apothekenleiter sind es ja, die für eine angemessene Beratung auf allen pharmazeutischen Gebieten verantwortlich sind und deswegen für eine vernünftige Aus- und Fortbildung ihrer Mitarbeiter zu sorgen haben.
Der Einwand, gut ausgebildetes Personal würde in die Drogerien abwandern, zeigt zudem nur, daß die Bezahlung des unteren Personals in den Apotheken zu schlecht ist. Auch auf diesem Gebiet kam die Diskussion nur selten über den Tellerrand der Kleinkrämerei hinaus.
Die Delegiertenversammlung als wichtigstes Gremium der Berliner Apothekerkammer - eine Ort der Kleingeisterei.

UDO PUTEANUS

Beiträge über die Zukunft der Apotheke

Der VDPP setzt sich für die inhaltliche Diskussion über die Zukunft der Apotheke ein. Dies wird bereits im Programm deutlich, aber auch im Rundbrief wird immer wieder darauf hingewiesen, daß sich die Apotheke im Augenblick an einer Wendemarke befindet. Die Überarbeitung der Apothekenbetriebsordnung und der Approbationsordnung, die Auseinandersetzung über die Sozialpharmazie, der Zusammenschluß auf der Ebene der EG usw. geben immer Anlaß zur Reflexion über das Berufsfeld der/s Apothekerin/s.

In diesem Zusammhang sind in der letzten Zeit von zwei Mitgliedern unseres Vereins, Ingeborg Simon und Helmut Hildebrand, zwei wichtige Beiträge in der Pharmazeutischen Zeitung veröffentlicht worden. Beide gaben ihr Einverständis für den Nachdurck ihrer Beiträge in unserem Rundbrief.

Weil beide Beiträge so unterschiedlich sind, werden sie sicher zur weiteren Diskussion anregen.

Gesundheitsförderung und die Apotheke der Zukunft

Helmut Hildebrandt, Hamburg

Ethische und ökonomische Interessen lassen sich miteinander verknüpfen, wenn sich Apotheken das Konzept der Gesundheitsförderung (Weltgesundheitsorganisation) zu eigen machen. Eine in sich kongruente Kommunikationsbotschaft einer gesundheitsfördernden Apotheke verlangt eine grundsätzliche Neudefinition von Arbeitsauftrag und Arbeitsweise von Apotheken. »Apotheken der Zukunft« werden sich von einem Verkaufsort von Arzneimitteln hin zu einem ganzheitlichen Problemlösungsort verändern, der neben Arzneimitteln auch andere Produkte, insbesondere Beratungsdienste, anbietet, andere professionelle Kompetenzen erfordert und in neuer Form zur Kooperation mit anderen Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt in der Lage ist. Eine Ausrichtung auf Gesundheitsförderung wird zahlreiche Veränderungen mit sich bringen, auf die sich Pharmafirmen, Großhandel, Einrichter schon jetzt einstellen sollten.

Seit geraumer Zeit mangelt es der Offizin-Apotheke an einem klar konturierten Unternehmensleitbild, einer Corporate Identity. Wesentlich dafür ist eine Veränderung des Tätigkeitsspektrums des Apothekerberufes. Um es mit dem Volksmund zu sagen: Der »Pillendreher« aus alten Tagen ist in der öffentlichen (Zerr-)meinung zu einem »Schubladenzieher« geworden.

Die Versuche der Standesführung, ein neues Bild des Arzneimittelfachmannes[1] zu kreieren, waren in gewissem Sinne erfolgreich, werden aber durch die ökonomische Realität der Apotheken nicht hinreichend gedeckt. Es entsteht ein Widerspruch zwischen dem Wissen des Arzneimittelfachmannes um die gesundheitliche Problematik mancher Medikation und der ökonomischen Abhängigkeit von dem Verkauf eben dieser Arzneimittel. Ein Widerspruch, der viele Apotheker und Apothekerinnen in der Offizin belastet.

Die in den letzten Jahren zunehmende Diskussion um eine »patientenorientierte Pharmazie« (in den USA: pharmaceutical care), den Apotheker für »Beratungspharmazie« und die Weiterbildung zur »Gesundheitserziehung« versucht den Schritt von der Konzentration auf das Arzneimittel hin zur Orientierung am Patienten, bleibt dabei aber auf halber Strecke stehen. Die Hoffnung, über die im Kundengespräch demonstrierte Beratungskompetenz zufriedene Kunden zu gewinnen, die dann auch der Apotheke genügend Umsatz bringen, trägt nur begrenzt. Sie trägt insbesondere dann nur begrenzt, wenn etwa das Beratungsgespräch auf die Empfehlung von autogenem Training oder Ernährungsberatung hinausläuft, also Leistungen, die aktuell nicht von der Apotheke angeboten werden.

Ist die (fast) alleinige Ausrichtung der Apotheke auf das Arzneimittel heute noch zeitgemäß? Oder andersherum: Welche Diversifikationsmöglichkeiten hat die Apotheke, um es in der Sprache des Marketing zu sagen? Oder noch einmal anders gewendet, diesmal unter Kommunikationsgesichtspunkten: Welche Probleme bringt der Klient mit in die Apotheke und welche Problemlösungen kann die Apotheke ihm zum beiderseitigen Vorteil offerieren?

Bevor hierzu erste Antworten gegeben werden, soll im folgenden zunächst ein Konzept vorgestellt werden, aus dem sich nach Meinung des Autors eine Reihe von Anregungen für die »Apotheke der Zukunft« ergeben. Dieses Konzept trägt die Bezeichnung »Gesundheitsförderung« und wurde im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation – WHO – in den letzten zehn Jahren entwickelt und mit den nötigen wissenschaftlichen und politischen Weihen ausgestattet.

»Gesundheitsförderung« – ein ganzheitliches, positives Problemlösungskonzept

Der Begriff der Gesundheitsförderung ist urheberrechtlich nicht zu schützen. Im folgenden will der Autor ihn aber für die Kennzeichnung einer ganz spezifischen Herangehensweise verwenden, die von der WHO unter der englischen Bezeichnung »Health Promotion« entwickelt und 1986 auf einer internationalen Tagung in Ottawa, Kanada, definiert wurde.

Lange Zeit war die Weltgesundheitsorganisation – WHO – mehr oder weniger eine »WMO«, eine »Welt-Medizin-Organisation«. Sowohl die Herangehensweise wie auch die Qualifikationen der Repräsentanten der WHO waren weitgehend medizinisch bestimmt. Dies paßte aber nur begrenzt zu der Aufgabenstellung der WHO, die insbesondere in den Entwicklungsländern, aber auch in den Industrieländern eine Verbesserung des Gesundheitszustands bewirken soll. Daß eine immer weiter verbesserte Gesundheitsversorgung, die de facto richtiger als Krankheitsversorgung zu bezeichnen wäre, das alleinige Mittel für eine Verbesserung des Gesundheitszustands sein könne, geriet dabei zunehmend mehr in die Kritik. Umweltverbesserungen, ob in Afrika die Anlegung eines Brunnens oder bei Anwohnern einer Industrieanlage in Nordeuropa die Reduzierung toxischer Emissionen, zeigten sich so in vielen Fällen als bedeutsamer als manche therapeutischen Einzelverbesserungen. In den letzten fünfzehn Jahren hat sich die WHO deshalb auch den anderen wissenschaftlichen Disziplinen und ihrem Beitrag zu einer »Wissenschaft der Gesundheit« (science of health) geöffnet. Erkenntnisse der Umweltwissenschaften, der Sozialwissenschaften, der Psychologie kamen so neu hinzu und flossen in dem neuen Leitbild der »Gesundheitsförderung« zusammen.

Helmut Hildebrandt, Jahrgang 1954, Apotheker, ist Inhaber des Organisationsberatungsunternehmens Hildebrandt GesundheitsConsult und Gründer einer gemeinnützigen Agentur »Werkstatt Gesundheit«, Lehrbeauftragter an der Universität Hamburg sowie zeitweiliger Advisor für die Weltgesundheitsorganisation. Seine Arbeitsschwerpunkte: Management von Veränderungsprozessen, Gesundheitsförderung in Betrieben und Krankenhäusern, Beratung von Krankenkassen, Verbänden und Städten.

Während früher gefragt wurde, was die Ursache einer Krankheit ist, also eher zurückschauend gearbeitet wurde, nimmt das neue Konzept eine andere Frage als strategischen Ausgangspunkt hinzu. »Welche Lebensbedingungen fördern die Gesundheit, wo, wie und durch wen geschieht das? Die Frage nach der Problemursache und dem »Schuldigen« daran tritt ganz im Stil moderner Managementmethoden in der Industrie in den Hintergrund gegenüber der Frage nach der Problemlösung. Diese soll ganzheitlich-systemisch und prozeßorientiert erfolgen. Alle Partner, die daran mitwirken können, sind eingeladen, sich diesem positiven Entwicklungskonzept anzuschließen. In der sogenannten »Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung« von 1986 wurde dieses neue Konzept international wie folgt definiert:

»Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.«[2]

Diese Konzeption hat sich inzwischen auf breiter Linie durchgesetzt und ist auch in Deutschland auf mehr und mehr Interesse gestoßen, letzteres wesentlich mitbestimmt durch die Entscheidung des Gesetzgebers, Gesundheitsförderung im Paragraphen 20 des neuen Sozialgesetzbuches mit zu einer Pflichtaufgabe der Krankenkassen zu erklären. Weitere Schubkraft kommt aus dem verstärkten Interesse in der Bevölkerung an Gesundheit und Wohlbefinden, sicherlich mitausgelöst durch die Debatten um die ökologischen Gefahren, aber auch durch die Selbsthilfediskussionen, die »Wellness«-Bewegung und vieles mehr, die wachsende Diskussion um Gesundheit und Ernährung und in neuerer Zeit die Thematisierung von Gesundheit am Arbeitsplatz.

Fast alle Krankenkassen richten inzwischen eigene Gesundheitsförderungsabteilungen ein beziehungsweise errichten »Gesundheitszentren«, Volkshochschulen greifen diesen Ansatz in ihren Kursen auf und die ehemals meist »Gesundheitserziehung« im Titel führenden Landesvereinigungen ändern ihre Namen um in »Gesundheitsförderung«. Mit etwas Verspätung reagierten die Ärzteverbände. Da ihnen die WHO, seitdem sie die Ärzte zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen aufgerufen und sich der Ärztekritik geöffnet hatte, eher suspekt erschien, hatten sie sich aus diesen Diskussionen herausgehalten. Seit zwei Jahren läßt sich eine Kehrtwendung feststellen, und inzwischen gibt es sogar Stimmen, die Gesundheitsförderung als die ureigenste ärztliche Aufgabe bezeichnen und damit die Abrechenbarkeit von Gesundheitsförderung bei den Krankenkassen einfordern.

Der »Siegeszug« des Begriffs Gesundheitsförderung führt, wie immer in solchen Fällen, zu einer Auflösung der klaren Begrifflichkeit. Mittlerweile wird mit dem Begriff »Gesundheitsförderung« eine Vielzahl von Ansätzen und Arbeitsbereichen belegt. Die älteren Begriffe »Gesundheitserziehung« und »Prävention« werden dabei teilweise mit Gesundheitsförderung gleichgesetzt, mehrheitlich aber als Unteraspekte verstanden, wobei Gesundheitsförderung gleichzeitig die oben schon angedeutete veränderte positive Entwicklungsphilosophie mit einbringt.

Als wesentliche Komponenten einer Strategie der Gesundheitsförderung bezeichnet die WHO:

- das aktive Eintreten für Gesundheit und deren Interessendurchsetzung in allen Politikbereichen;
- die Stärkung und Befähigung von Gemeinschaften und Individuen, ihre vorhandenen Gesundheitspotentiale voll zu verwirklichen sowie
- die Vermittlung und Vernetzung zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen und Interessen zur Förderung der Gesundheit.[3]

Welche Chancen bietet Gesundheitsförderung für Apotheken?

Apotheker aus Westfalen-Lippe und Hessen nahmen im Rahmen von Weiterbildungslehrgängen die von der WHO entwickelten »Fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung« als Grundlage für Zukunftsideen, an welchen Stellen Apotheken im WHO-Sinne tätig werden könnten. Nach den Vorstellungen des Verfassers sind die Aktivitäten in diesen Handlungsfeldern im Idealfall miteinander verknüpft und verstärken sich gegenseitig in ihrer gesundheitspositiven Wirkung, so daß eine in sich stimmige und damit glaubwürdige kommunikative Gesamtstrategie entfaltet wird (vergleiche auch die graphische Anordnung im Schaubild 1).

1. »Persönliche Kompetenzen entwickeln«: Gesundheit verstanden als Wohlbefinden – wie die WHO es definiert – ist sowohl eine politische wie aber auch eine sehr persönliche Angelegenheit. Hierzu gehören auch entspre

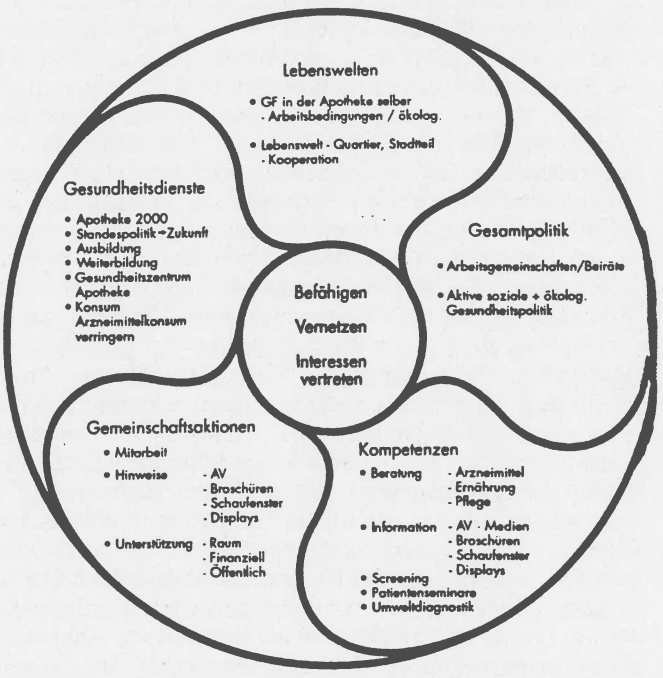


Schaubild 1: Chancen und Möglichkeiten für Apotheken und die Apothekerschaft.

chende Aufklärungsmaßnahmen, ein Wissen, etwa um den sorgfältigen Umgang mit Arzneimitteln, und Beratungsangebote in Problemfragen. Hier wurden von den Teilnehmern zahlreiche Möglichkeiten gesehen. Einige davon werden auch schon über Apotheken angeboten, zum Beispiel Auslegung von Informationsschriften, Impfberatung für Reisen, Beratung in Arzneimittelfragen, Stomaberatung. Andere Überlegungen und zum Teil auch schon erste positive Erfahrungen deuteten auf eine Reihe von Erweiterungsmöglichkeiten, so zum Beispiel die Veranstaltung von Patientenseminaren für Diabetiker oder andere Patientengruppen mit bestimmten Krankheitsbildern, die stundenweise Beschäftigung einer Ernährungsberatung in der Apotheke, das Halten von Vorträgen außer Haus – durchaus auch als Einnahmequelle für die Apotheke.

2. »Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen«: Hierunter wird die Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Bürgerinitiativen mit Gesundheitsanliegen verstanden. Für die Apotheke könnte dies bedeuten, auf solche Gruppen aufmerksam zu machen, sie etwa ein Schaufenster gestalten zu lassen, Broschüren auszulegen, vielleicht aber auch selber darin mitzuarbeiten und sie räumlich oder finanziell zu unterstützen. Erste Apotheker berichteten so von guten Erfahrungen mit der Zurverfügungstellung ihrer Apotheke als Anlaufadresse für Gesundheitsinitiativen. In einem solchen Fall ist eine recht gute Vertrautheit mit dem Anliegen und der Art der Arbeit dieser Initiative aber Voraussetzung. Eine interessante Idee: Ausweitung des Teleapotheke-Systems hin zu der Eingabemöglichkeit von Treffpunkten und Anliegen der örtlichen Gruppen, Eingabe von Kursangeboten und so weiter.

Die Unterstützung von Gesundheitsanliegen kann auch von den Standesorganisationen betrieben werden: In Hamburg ist beispielsweise der Apothekerverein eine der Kontaktstellen für eine Hilfsaktion »Medizinische Hilfe für Kroatien und Bosnien«, die sich aus dem Hamburger Gesündere Städte Projekt heraus gebildet hat.

3. »Gesundheitsdienste neu orientieren«: Hierunter wird seitens der WHO die Aufforderung an die Einrichtungen des Versorgungssystems verstanden, die neue Idee in ihre Arbeit einzubauen und ihren Auftrag damit neu auszurichten. So wurde zum Beispiel ein eigenes Projekt »Gesundheitsfördernde Krankenhäuser« geschaffen, das sich vorgenommen hat, in ausgewählten Pilotkliniken Gesundungsprozesse bei den Patienten zu unterstützen wie auch gleichzeitig die hohen Krankenstände des Personals durch geeignete Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu verringern[4]. Bei Brainstormings im Apothekerkreis wurden hierzu zahlreiche Ideen entwickelt, diese reichen von der Entwicklung eines WHO-Projektes mit »Gesundheitsfördernden Pilotapotheken« über gesundheitlich-baubiologisch ausgerichtete Einrichtungen, veränderte Raumplanungen mit Ausnutzung der Apotheke für abendliche Veranstaltungen bis hin zu Aus- und Weiterbildung. Auch wenn der Krankenstand in Apotheken recht gering zu sein scheint, so die – allerdings nicht unumstrittene – Meinung von Teilnehmern, sollte doch der Frage der Gesundheit von Helferinnen und PTAs mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Die Gesundheit könne ein wichtiges Kriterium für die Attraktivität eines Berufs sein. Angesichts eines bevorstehenden Mitarbeitermangels sei insofern Aufmerksamkeit geboten. Darüber hinaus wurde von Teilnehmern eine veränderte inhaltlichere Ausrichtung der

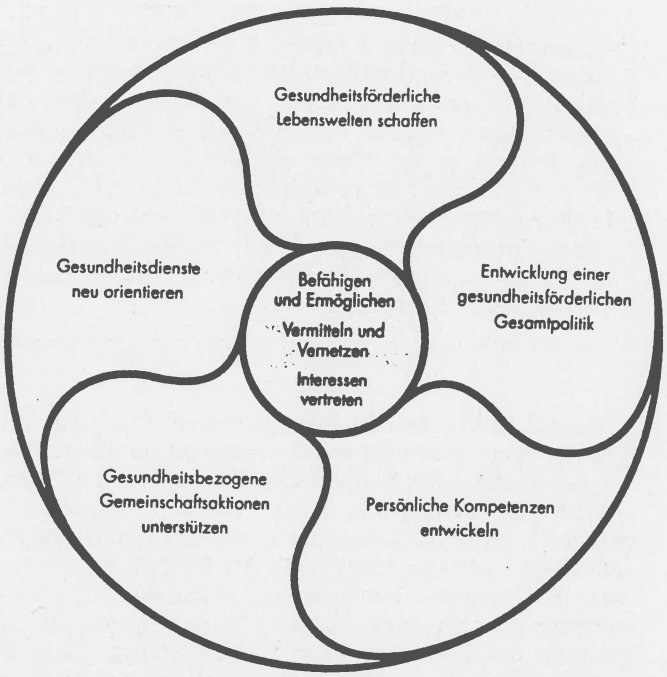


Schaubild 2: Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta der WHO 1986 deffiniert ist.

öffentlichen Standesäußerungen vorgeschlagen und zur aktiven Mitwirkung an einer gesundheitspolitisch sinnvollen Verringerung des Arzneimittelkonsums aufgerufen. Letzteres nicht als ökonomisches Harakiri der Apotheker, sondern eingebettet in die Förderung von Beratungsangeboten, die aus der Apotheke heraus verkauft werden sollten.

4. »Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen«: Hierunter werden von der WHO Projekte verstanden, die positive Einflüsse auf die verschiedenen Lebenswelten (beispielsweise Kindergärten, Schulen, aber auch ganze Gemeinden, »Gesunde Städte«[5]) ausüben und sie zu gesundheitsgerechteren Orten machen wollen. In den Gesprächen der Weiterbildungsgänge wurde hierzu insbesondere auf die noch stärker auszubauende Beratungskompetenz (und auch analytisch-diagnostische Kompetenz) hinsichtlich der Umwelt- und Gesundheitsförderlichkeit von Wohn- und Arbeitsbedingungen, der Luft in Kinderzimmern und Büros und so weiter hingewiesen. Ebenfalls vorgeschlagen wurde die verstärkte Kooperation und Mitwirkung von Apotheken in der gesundheitlich-ökologischen Umwandlung des jeweils umgebenden Stadtteils beziehungsweise der Gemeinde.

5. »Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik«: Ohne die Einführung von Gesundheitsverträglichkeitsüberlegungen in die politischen Entscheidungen, etwa auch der Agrarpolitik, der Industrie- und Wirtschaftspolitik und anderer Ressorts, werden alle im nachhinein anpackenden Maßnahmen Stückwerk bleiben. Deshalb betont die WHO, daß Gesundheit in allen Bereichen auf die politische Tagesordnung gestellt werden soll. Hier sind natürlich der einzelnen Apotheke enge Grenzen der Einwirkungsmöglichkeiten gesetzt (als Idee wurde aber beispielsweise die Möglichkeit einer regelmäßigen Kolumne in örtlichen Tages- oder Wochenblättern entwikkelt). Die Brainstormings in den Lehrgängen kreisten bei dieser Frage vor allem um die Möglichkeiten der Vereine und Standesorganisationen, wie diese zu einer aktiven so-

zialen und ökologischen Gesundheitspolitik ihre Stimme mit in die Waagschale werfen könnten. So ist in Hamburg die Apothekerkammer über ihren Präsidenten in einer neugegründeten »Gesundheitsförderungskonferenz Gesündere Zukunft für Hamburg« vertreten, einem mit der WHO verbundenen »Gesunde Städte«-Projekt. In zahlreichen anderen Städten und Bundesländern haben die Apothekerkammern oder die -vereine Sitz und Stimme in Landesarbeitsgemeinschaften, in die sie solche Überlegungen einbringen könnten (und damit auch ihr bisheriges Image der ausschließlich um ihre Finanzen besorgten »Gesundheitsgewerbetreibenden« verbessern könnten, so der Vorschlag eines standespolitisch engagierten jüngeren Apothekers).

Entscheidend bei der Übertragung von Ideen und Phantasien ist immer die Rückbindung an die konkrete Alltagspraxis und damit an die Frage, ob sich die Umsetzung dieser Ideen oder von Teilen davon auch für die ökonomische Bilanz des Betriebs Apotheke »rechnet«. Nun boten die oben erwähnten Lehrgangserörterungen keine Zeit, um diese Überlegung weiter auszuführen, dem Verfasser scheint es aber für eine Zukunftsdiskussion, wohin sich Apotheken entwickeln sollten und könnten, durchaus vielversprechend, in diese Richtungen weiterzudenken. Das eher enge arzneimittelzentrierte Standesrecht steht zwar gegen manche dieser Überlegungen, sieht aber in Paragraph 20 ApBetrO auch Informations- und Beratungspflichten vor. Für die aktuelle standespolitische Diskussion um die Aufrechterhaltung des Status »freier Beruf« ist die Präsentation von Informations- und Beratungskompetenz wiederum eines der entscheidenden Argumente zur Abgrenzung des Apothekers von dem Gewerbetreibenden[6], so daß ein Ausbau dieses Bereichs standespolitisch durchaus zupaß kommen würde.

Wenn sich zunehmend mehr Apotheken die Frage nach der wirtschaftlichen Überlebensfähigkeit des reinen Verkaufs von Arzneimitteln stellen – die zunehmende Zurückhaltung einiger Bevölkerungsschichten gegenüber der Verwendung von Arzneimitteln und die Einsparungstendenzen der Krankenkassen geben Anlaß zu dieser Hypothese –, dann wird sich das unternehmenspolitische Leitbild der Apotheke als Verkaufs- und Informationsstelle für Arzneimittel nicht halten, durch das Zusatzsortiment ist es ohnehin schon aufgeweicht. Wie in den Gesprächen mit jüngeren Apothekern deutlich wurde, sehen diese, pointiert dargestellt, zwei Wege möglicher Entwicklung:

- die Drugstore-Variante der USA
- die Apotheke als Gesundheitszentrum, die neben Arzneimitteln auch andere gesundheitsrelevante Produkte, vor allem aber Beratungsleistungen, zum Verkauf anbietet.

Auf die erste Möglichkeit soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden – so wird in den USA ebenfalls im Moment überlegt, ob nicht eine andere Ausrichtung interessanter wäre[7] –, die zweite aber noch etwas weiter ausgeführt werden, wobei hier absichtlich als Phantasieanstoß einmal in die weitere Zukunft gedacht werden soll.

Denkbar erscheint so zum Beispiel als ein Standardangebot einer Apotheke der Zukunft die Führung eines Gesundheitsberatungscenters, wo Termine zur Ernährungs-, Impf- und Entspannungs-, je nach Ausrichtung der Apotheke auch Homöopathie- und Esoterik- oder stärker Umwelt- und Gesundheitsberatung in Büro und Haushalt abgemacht werden können. All dieses könnte als Teilbereich so in die Offizin integriert sein, daß die Flächen des Abends und eventuell auch an Wochenden multifunktional nutzbar sind, das heißt, daß dort kleinere Informationsveranstaltungen, aber auch Patientenseminare und spezifische Gesundheitstrainings stattfinden können. GBAs (Gesundheitsberatungsassistenten, wenn man die heutigen PTAs weiterdenkt) könnten die Betreuung dieses Centers übenehmen, die Raumverwaltung und Terminabmachung, diplomierte Fachkräfte in den jeweiligen Themengebieten können die Beratungsleistungen zum Beispiel auf Honorarbasis ausführen.

Noch weiter in die Zukunft gedacht – und unter Einschluß von Entwicklungen im EDV-Bereich mag diese Zukunft kurzfristiger möglich sein, als mancher denken mag – läßt sich vorstellen, daß diese GBAs auch die Betreuung von interaktiven EDV-Geräten übernehmen, die dann vielleicht »Gesundheitscounsellors« genannt werden. EDV-gestützte Gesundheitsberatungssysteme, die sowohl in der Apotheke wie auch über Modem gegen eine automatische Schutzgebühr-Abbuchung direkt abrufbar sind und eine Weiterentwicklung der jetzigen »Teleapotheke« darstellen.

Zusatzfunktionen dieser Gesundheitscounsellors könnten sowohl die Terminvereinbarung mit den umliegenden Arztpraxen umfassen, wie auch die Information über Termine der Selbsthilfegruppen und der gesundheitsrelevanten Bürgerinitiativen der Nachbarschaft und das direkte In-Kontakt-treten mit anderen über entsprechende »Mailboards« und Anwahlfunktionen.

An dieser Stelle zunächst genug der Gedankenspiele, zurück zur heutigen Situation.

Welche Vorteile haben Apotheken gegenüber anderen Anbietern und Konkurrenten auf dem »Markt« der Gesundheitsförderung?

Der Markt für Gesundheitserziehung und -förderung hat sich in den letzten fünf Jahren dramatisch erweitert. In den USA haben Experten berechnet, daß der Präventionsbereich neben dem EDV- und dem Biotech-Sektor der am stärksten expandierende Marktsektor ist. Mit gewisser Zeitverzögerung scheinen wir in der Bundesrepublik ähnliche Erfahrungen zu machen. Wie viele sich entwickelnde Märkte leidet der Markt an gewissen Problemen:

- Viele Anbieter mit oft zweifelhaftem Angebot
- Keine Qualitätskontolle
- Der Konsument erhält irritierende Informationen
- Die Preisbildung erfolgt unsystematisch, zum Teil muß sich sogar ein Preisbewußtsein erst noch entwickeln
- Manche Anbieter müssen sich zum Teil erst mühsam bekannt machen und haben keine eigenen Räumlichkeiten
- Einige Anbieter können von ihrer Struktur her nur schwerlich marktwirtschaftlich agieren (soziale Einrichtungen, Krankenkassen, Gesundheitsämter)

In Anlehnung an Vorarbeiten von Küppers/v. Troschke sind einige der Anbieter in der folgenden Übersicht aufgeführt (siehe Übersicht in Schaubild 3).

Gegenüber den oben vorgestellten Problemen des Gesundheitsförderungsmarktes haben Apotheken eine Reihe von Vorteilen:

- Apotheken sind überall vorhanden,

○ sie sind bekannt als Anbieter im Gesundheitsbereich,

○ ihnen wird ein hohes fachliches Wissen zugeschrieben,

○ es ist bekannt, daß sie einer fachlichen Qualitätskontrolle unterliegen und daß für ihre Produkte bezahlt werden muß.

Probleme und Herausforderungen auf dem Weg zur »Gesundheitsfördernden Apotheke der Zukunft«

Unzweifelhaft stehen diesen möglichen Vorteilen aber auch Probleme beziehungsweise Herausforderungen gegenüber. Beispielhaft sei dies an der Einführung des Angebots »Beratungen« ausgeführt:

1. Arzneimittelberatung wird bisher als kostenlose Zugabe angesehen, Beratung überhaupt wird »nebenbei« gemacht. Es fehlt an einem klaren Setting der Beratungssituation, sie ist erst in den wenigsten Apotheken zu einem »Produkt« entwickelt worden, dem dann auch selbstverständlich ein Wert und ein Preis zugeordnet werden kann. Dies spiegelt sich meist auch in dem geringen Platz und der dem Verkauf untergeordneten Bedeutung der »Beratungsecke« am Rande des Verkaufstresens.

Arzt- und Psychologenpraxen haben es da einfacher, sie haben bereits definierte Settings entwickelt, wenn auch eher ausgerichtet auf Therapie statt auf Beratung. Bekannt ist, daß Ärzteverbände seit langem an Zusatzqualifikationen für die Abrechenbarkeit von Beratung arbeiten. Wenn inzwischen überlegt wird, ob Ärzte Patienten mit einem Rezept zur Diätberatung oder zum Sportverein schicken können, stellt sich natürlich recht aktuell die Frage, warum dies nicht über die Apotheke angeboten werden kann. Könnte sich nicht die Apotheke weiterentwikkeln, statt daß sich ein neues Netz von Diätberatungspraxen entwickeln muß?

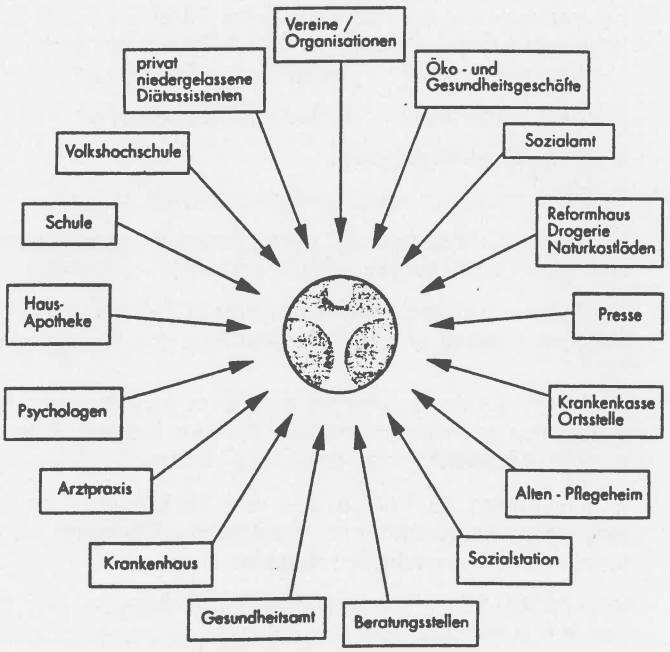


Schaubild 3: Anbieter für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene.

2. An dieser Stelle erweist sich das bisherige »Unternehmensleitbild« des Apothekerstandes als ein Hemmschuh. Das Unternehmen »Apotheke« und die Berufsgruppe »Apotheker« wurden vollständig miteinander identifiziert. Dies brachte in der Vergangenheit berufspolitisch unbestreitbar viele Vorteile, aber auch einen gesundheitspolitisch nicht ganz unwesentlichen Nachteil. Der Arzneimittelfachmann neigt dazu, ob er will oder nicht, für alle Probleme, mit denen ein Kunde zu ihm in die Apotheke kommt, ein Arzneimittel als Lösung vorzuschlagen. Hier kann er sich mit Recht kompetent fühlen. Dies ist kein Vorwurf, sondern eine einfache Feststellung. Jede Berufsgruppe reagiert in gleicher Weise, sie setzt die ihr bekannten Instrumente so ein, wie sie sich am sichersten fühlt.

Die Apotheke im Sinne eines Zentrums für Gesundheitsförderung könnte sich bei einer Entkoppelung vom Bild des reinen Arzneimittelexperten von dieser Beschränkung teilweise lösen. Im Sinne moderner Management- und Marketingtheorien könnte sie sich zu einem Ort der Problemlösung für die Gesundheitsprobleme des Kunden/Klienten wandeln. Also Arzneimittelverkauf ja, genausogut aber auch der Verkauf von Beratung.

3. Eine partielle Entkoppelung von Apotheker und Apotheke ist allerdings wohl unvermeidlich, da man unmöglich davon ausgehen kann, daß der Apotheker sich in allen Fragen von Ernährung bis Entspannung und Raucherentwöhnung auskennen muß. Hier ist etwa im Sinne der oben vorgestellten Idee von Gesundheitsberatungscentern in Apotheken die Einstellung von anderem qualifiziertem Personal oder ihre Beschäftigung auf Honorarbasis möglich.

4. Eine große Herausforderung liegt in der Entwicklung von bestimmten Qualitätsstandards. Bisher herrscht in dieser Frage weitgehend die Anarchie des Marktes, die gleichzeitig immer Gefahr läuft, das Angebot zu desavouieren, etwa wenn Scharlatane oder »schwarze Schafe« das Feld bestimmen. Krankenkassen und Bundesinstitutionen haben angefangen, erste Kriterien für Qualität zu formulieren, befinden sich aber noch in den Anfängen. Hier sind in besonderer Weise auch die Hochschulen gefordert, die mit der Entwicklung von Public-Health-Studiengängen (übrigens mit weitgehender Nichtberücksichtigung der Pharmazie) den Prozessen in den USA folgen.

Ähnliche Fragen der Preisbildung und der Kompetenz lassen sich im Grunde auch bei den anderen vorgeschlagenen Tätigkeitsfeldern einer »Gesundheitsfördernden Apotheke« stellen. Vielleicht am wichtigsten ist die Grundfrage nach der Identität des Apothekenleiters: will er auf einem voraussichtlich schrumpfenden beziehungsweise stagnierenden Markt weiterhin Arzneimittelspezialist bleiben, oder will er zusätzlich zu diesem Spezialthema sich weiterbewegen zu einem »Organisator für gesundheitsbezogene Problemlösungen«, einem verantwortungsbewußten Dienstleistungsorganisator? Eine Rolle, die neben dem pharmazeutischen auch allgemein-gesundheitsförderndes, ethisches, organisatorisches und kaufmännisches Know-how erfordert.

Daß sich eine Berufsrolle herausbilden wird, die die letztgenannten Funktionen umfaßt, scheint dem Verfasser recht wahrscheinlich. An die Standesführung und an die Apotheker insgesamt stellt sich die Frage, ob sie dies als eine Option für eine neue Rolle für sich im dritten Jahrtausend ansehen oder ob sie es lieber sehen würde, wenn diese Rolle von anderen ausgeübt wird.

Ein Ausblick: Neue Aufgaben für pharmazeutische Industrie, Großhandel und Serviceunternehmen

Vieles an den hier entwickelten Vorstellungen ist noch in einem recht rohen Entwurfszustand und muß weiter ausgearbeitet werden, bevor es begründet akzeptiert beziehungsweise verworfen werden kann. Mit Zukunftswerkstätten, wie sie die hessische Apothekerkammer plant, Marktentwicklungsstudien oder auch mit Kammer- oder Firmenworkshops läßt sich eine solche Verfeinerung und genauere Ausarbeitung entwickeln. Von führenden Unternehmen der pharmazeutischen Industrie ist bekannt, daß sie an Diversifizierungsüberlegungen und Ersatzprodukten bei verringertem Arzneimittelumsatz bereits arbeiten. Interessante Herausforderungen stellen sich aber auch dem Großhandel, den Einrichtern und anderen Serviceunternehmen. Wenn Teile der oben entwickelten Strategien für die Apotheke der Zukunft Realität werden, dann sind ganz andere Produktpaletten, Grundrißzuschnitte und andere Kommunikations- und Werbemittel gefragt. Ihre Verantwortung ist es, sich rechtzeitig darauf einzustellen und entsprechende Angebote bereitzuhalten.

Das WHO-Programm der Gesundheitsförderung ist ein europäisches Programm, insofern braucht nicht weiter betont zu werden, daß ähnliche Überlegungen für eine Apotheke der Zukunft selbstverständlich auch außerhalb des deutschen Sprachraums und Standesrechts entwickelt werden und wahrscheinlich schon entwickelt worden sind. Hervorgehoben werden soll an dieser Stelle aber noch einmal, daß die Apotheke nur dann eine glaubwürdige Kommunikationsbotschaft anbieten kann, wenn sie sich nicht nur einige Rosinen der Gesundheitsförderung herauspickt und zu verkaufen sucht, sondern auch in ihren eigenen Arbeitsräumen und ihrem örtlichen Umfeld zu einem Vorreiter und Förderer von gesünderen Lebenswelten wird.

Für Kommentare und Diskussionsanregungen ist der Verfasser dankbar.

Anmerkungen:

[1]) Dem Autor ist bewußt, daß über die Hälfte der »Apotheker« weiblichen Geschlechts sind, und er versucht deshalb, wo es geht, geschlechtsneutrale Formulierungen zu wählen. Nicht immer wird dies aber gedeckt durch die Begriffe, die von anderen benutzt werden, so wie in diesem Fall bei dem Bild des »Fachmanns«

[2]) vgl. die deutsche Übersetzung der Ottawa-Charta und die Hintergrunddiskussionen in: H. Hildebrandt, A. Trojan (1987): Gesündere Städte – kommunale Gesundheitsförderung. Materialien und Ideen zum »Healthy Cities«-Projekt der Weltgesundheitsorganisation. Selbstverlag Werkstatt Gesundheit, Hamburg 144 S. (Bezug: Neuland Verlag, Markt 24, 2054 Geesthacht)

[3]) WHO (1990): Glossar – Gesundheitsförderung. Zusammenstellung Conrad, Schmidt. Vorgelegt zur Konferenz: Internationale Konferenz, Bonn (WHO-WJAD-BMG)

[4]) Nähere Informationen hierzu sind beim Verfasser gern erhältlich

[5]) Auch hierzu gibt es verschiedene Modellprojekte, zu denen nähere Informationen beim Verfasser erhältlich sind

[6]) vgl. Friauf, K. H. (1992): Das Verbot des Fremd- und Mehrbesitzes aus der Sicht des Verfassungs- und Europarechts. In: PZ Nr. 25, 137. Jg. Sonderbeilage, S. 3

[7]) lt. Auskunft von Prof. J. W. Salmon, Head des Department of Pharmacy Administration, Universität Chicago

Anschrift des Verfassers:
Helmut Hildebrandt
Hildebrandt GesundheitsConsult
Falkenried 74 a
2000 Hamburg 20

Zur Diskussion gestellt

Apotheke oder Drogenshop?

Eine gewagte Frage, hinter der sich die Behauptung verbirgt, die Apotheke sei unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht in der Lage, Arzneimittelvielgebrauch und -mißbrauch zu verhindern. Was ist dran an einer solchen Behauptung?

Natürlich muß sie in den Ohren von Standespolitikern provozierend klingen, und sie wird manchem, der sich um eine patientenorientierte Beratung bemüht, wie eine grobe, unzulässige Verallgemeinerung vorkommen. Diejenigen, die eine solche Behauptung für nicht zutreffend halten, verweisen zur Begründung auf geltende Gesetze, Verordnungen und Rahmenbedingungen, deren Ziel es ist, die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen, also auch Arzneimittelvielgebrauch und -mißbrauch zu verhindern.

In der Tat gehen wir mit den Berufsordnungen, der Apothekenbetriebsordnung, dem Arzneimittel- und Heilmittelwerbegesetz entsprechende Verpflichtungen ein. Da die gesetzlich festgeschriebenen Aufgaben, Verbote und Gebote die aufgestellte Behauptung zu widerlegen scheinen, werden im folgenden die für die Apotheke wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen und Rahmenbedingungen, die der Vermeidung eines bedenklichen Arzneimittelgebrauchs dienen sollen, dargestellt und in ihren Auswirkungen auf die Praxis untersucht, um herauszubekommen, ob die aufgestellte Behauptung zutrifft.

Arzneimittelabgabe trotz Verdacht auf Mißbrauch

Am konkretesten setzt sich der § 17 (8) der Apothekenbetriebsordnung mit der Problematik des Arzneimittelmißbrauchs auseinander. Es heißt hier: »Das pharmazeutische Personal hat einem erkennbaren Arzneimittelmißbrauch in geeigneter Weise entgegenzutreten. Bei begründetem Verdacht auf Mißbrauch ist die Abgabe zu verweigern.« Hier stellt sich die Frage: Wie gehen wir in der Apotheke mit solchen gesetzlichen Auflagen praktisch um? Wie können wir mit ihnen umgehen? Verweigern wir den vielen Kundinnen, die mehrmals pro Woche »ihre« Kopfschmerztablette oder »ihr« Abführmittel verlangen, beim zweiten oder dritten Mal die Abgabe? Nein – obgleich wir selbstverständlich wissen, daß sie als Dauerkonsumentinnen zumindest stark gefährdet sind. Kontinuierlich ansteigende Umsätze im Bereich der Selbstmedikation deuten auch darauf hin, daß der § 17 (8) in der Praxis ohne große Wirkung verpufft. Die Umsatzerfolge der Analgetika-Hits Spalt N und Thomapyrin – bekanntlich kritisch zu beurteilende Kombinationspräparate mit hohem Abhängigkeitspotential – haben wir in den Apotheken zu verantworten. Auch die 80 Millionen Mark Umsatz für Appetitzügler des Jahres 1990 gehen überwiegend auf unser Konto.

Die mit dem § 17 (8) verbundene Absicht, uns eine Handhabe zu bieten, den Arzneimittelmißbrauch durch Abgabeverweigerung einzudämmen, bleibt bloßer Appell, ist praxisfremd, dient bestenfalls der Imagepflege.

Beratungspflicht zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Im § 20 (1) der Apothekenbetriebsordnung heißt es: »Der Apotheker hat zu informieren und zu beraten, soweit dies aus Gründen der Arzneimittelsicherheit erforderlich ist«. Werden Arzneimittel ohne Verschreibung abgegeben, hat der Apotheker dem Kunden die zur sachgerechten Anwendung erforderlichen Informationen zu geben. Nun weiß man, etwa aus Testkäufen der Stiftung Warentest, daß es um die Beratertätigkeit in den Apotheken nicht zum besten steht. Die von der Stiftung Warentest zutage geförderten Ergebnisse waren eher niederschmetternd. Fazit der Stiftung: »Eine eingehende Beratung blieb die Ausnahme . . . eine qualifizierte Beratung erfolgte nur in gut zwei Prozent der Apotheken«.[1]). Im Kommentar zu § 20 der Apothekenbetriebsordnung vertritt der Justitiar der ABDA, Dr. Pieck, die Auffassung, daß eine Verpflichtung zur Beratung und Information immer dann besteht, wenn der Kunde/Patient ausdrücklich fragt, wenn ein Arzneimittelmißbrauch erkennbar ist oder wenn die Arzneimittelsicherheit und/oder die sachgerechte Anwendung davon abhängen.

Offenbar scheinen diese Vorbedingungen – folgt man den Erfahrungen der Testkäufer der Stiftung Warentest – aus Sicht der Apotheken nur in Aus-

nahmefällen zu bestehen. Besonderen Klärungsbedarf sieht Dr. Pieck im Bereich der Selbstmedikation. »Im sogenannten Handverkauf wird es in Zukunft den stumm abgebenden Apotheker nicht mehr geben dürfen. Jedes Arzneimittel, auch das rezeptfreie, bedarf der Information über seine sachgerechte Anwendung«.[2]) Soweit – so gut. Erstaunt liest man aber dann wenig später: »Seiner Verpflichtung kommt er (der Apotheker) im Regelfall durch pauschalen Verweis auf die Herstellerangaben nach.«[3]) Ist damit dem »besonderen Klärungsbedarf« Rechnung getragen?

Die Umsetzung einer solchen Empfehlung muß besonders merkwürdig auf jene wirken, die – der Fernsehwerbung folgend – zu Risiken und Nebenwirkungen den Apotheker befragen und dort auf die Herstellerangaben verwiesen werden (die sie dann erst nach Erwerb des Mittels studieren können). So wird sich die beanspruchte Rolle des Apothekers als Arzneimittelfachmann kaum umsetzen lassen!

Die in der Apothekenbetriebsordnung von 1987 erstmals ausdrücklich erwähnten pharmazeutischen Tätigkeiten der Beratung und Information werden im Berufsalltag nicht offensiv genug eingesetzt. Neben einer starken Rücksichtnahme gegenüber den Ärzten – in der Sorge, der ärztlichen »Therapiefreiheit« zu nahe zu treten – sind dafür natürlich vor allem wirtschaftliche Gründe ausschlaggebend. Eine an den gesundheitlichen Bedürfnissen der Patienten orientierte Beratungs- und Informationstätigkeit muß sehr oft – zumindest im Bereich der Selbstmedikation, wo wir auf Entscheidungen Einfluß nehmen können – darauf abzielen, vom Kauf eines Medikamentes abzuraten.

Schmerz- und Schlafmittel, Appetitzügler und Abführmittel, die im Bereich der Selbstmedikation zu den umsatzstärksten Gruppen zählen, sind – nach heutigem Erkenntnisstand – in den seltensten Fällen das Mittel der ersten Wahl. Hier gilt es vielmehr, auf alternative Therapien außerhalb der Apotheke hinzuweisen. Das aber bedeutet natürlich im allgemeinen weniger Umsatz oder anders ausgedrückt: Je patientenorientierter die Beratung, desto bescheidener die Einnahmen! Alle, die in einer privaten Apotheke arbeiten und sich um eine gute Beratertätigkeit bemühen, erleben den Konflikt, der manchmal etwas salopp als der zwischen Ethik und Monetik beschrieben wird. Entschieden wird in der Regel zugunsten der Monetik, vor allem dort, wo wirtschaftliche Zwänge (kleine Apotheken, große Konkurrenz) oder ökonomischer Ehrgeiz (Apotheken, die sich offensiven Marketingstrategien verschrieben haben) spürbar werden. Auch wenn es moralisch und berufsethisch kritikwürdig bleibt, muß man nüchtern konstatieren, daß die Apotheke als Wirtschaftsunternehmen zum Umsatzmachen gezwungen ist, wenn sie bestehen will.

Verschreibungsverhalten der Ärzte

Ergeben sich bei der Abgabe verordneter Arzneimittel Bedenken, so darf das Arzneimittel nach § 17 (5) der Apothekenbetriebsordnung erst dann abgegeben werden, wenn diese beseitigt wurden. Dies erfolgt in der Regel durch Rücksprache mit dem Arzt. Solange es um Unleserliches, falsche Packungsgrößen oder offenkundige Irrtümer geht, ist die Kontaktaufnahme zum Arzt unproblematisch. Was aber passiert in der Praxis, wenn sich die Bedenken der Apotheke auf Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen beziehen? Hier hat die Apotheke häufig größeren Überblick als der einzelne Arzt, der längst nicht immer weiß, welche Medikamente außer den von ihm verordneten sonst noch zum Einsatz kommen (durch Verordnungen weiterer Ärzte oder per Selbstmedikation). Da werden hilfreiche Hinweise gegenüber dem Arzt oft eher als Eingriff in die »Therapiefreiheit« mißverstanden und energisch zurückgewiesen. Noch problematischer wird es, wenn sich die in der Apothekenbetriebsordnung genannten Bedenken gegen eine ärztliche Verordnungsweise richten, die den Verdacht nahelegt, eine bestehende Arzneimittelabhängigkeit zu unterhalten. Wie häufig so etwas ist, wissen alle, die in der Apotheke arbeiten. Großpackungen von Lexotanil, Adumbran oder Tavor werden gerade alten Menschen in erschreckender Regelmäßigkeit verordnet. Die hier von der Apothekenbetriebsordnung vorgesehene Abgabeverweigerung wegen des Mißbrauchsverdachts würde einen Eklat mit dem Arzt provozieren, dem man lieber aus dem Wege geht, insbesondere dann, wenn die Apotheke im Einzugsbereich des Arztes liegt und somit ökonomisch abhängig von dessen Wohlwollen ist. So tragen auch die Apotheken Mitverantwortung dafür, daß es inzwischen über 700 000 Langzeitkonsumenten von Psychopharmaka gibt.

Dazu eine Erfahrung aus Berlin, die das Gesagte nachdrücklich bestätigt. Im Mai 1984 beschloß die Ärztekammer Berlin einen »Beitrag zur Drogenbekämpfung«. Sie forderte alle Ärzte Berlins auf, Medikamente mit bekanntem Abhängigkeitspotential (Benzodiazepine, Codein-Präparate u. a.) nur noch in Kleinstpackungen zu verordnen. Diesen Beschluß unterstützte auch die Berliner Apothekerkammer. Die Berliner Ärzte nahmen ihn allerdings überhaupt nicht zur Kenntnis. Eine Weile machten sich einige Apotheken die Mühe, Ärzte, die weiterhin große Packungen verordneten, auf den Beschluß hinzuweisen, schickten ihnen sogar Kopien davon und baten um Beachtung. Selbst der Geschäftsführer der Berliner AOK wurde von einer Kollegin um Unterstützung gebeten. Ohne Erfolg! In Telefonaten mit den Medizinern wurde mehr als einmal deutlich gesagt, die Apotheke würde ihre Kompetenz überschreiten. Hinweise auf die apothekerliche Verantwortung stießen auf Unverständnis, lösten bestenfalls Erstaunen aus.

Arzneimittelmißbrauch und Meldepflicht

Berufsordnung, Arzneimittelgesetz und Apothekenbetriebsordnung verlangen unsere Mitarbeit bei der Überwachung von Arzneimittelrisiken zugelassener Medikamente. Zu den meldepflichtigen Risiken zählen auch Arzneimittelfehlgebrauch, -mißbrauch und -abhängigkeit. Die für die Entgegennahme und Weiterleitung zuständige Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker veröffentlicht jährlich im ABDA-Bericht die Anzahl der aus Apotheken eingegangenen Meldungen. Ihre Zahl macht deutlich, daß es hier an einer dem Problem Arzneimittelmißbrauch entsprechenden Zu- und Mitarbeit mangelt. Ehrlicherweise muß allerdings auch gesagt

werden, daß diese Form der Meldetätigkeit insbesondere dort, wo sie sich direkt an die Hersteller wendet, äußerst frustrierend ist. So wurde beispielsweise in den 80er Jahren eine Reihe von Herstellern Benzodiazepin- und Codein-haltiger Präparate auf die Risiken der Abhängigkeit angesprochen. Wenn sie überhaupt reagierten, so bestritten sie vehement das beschriebene Risiko.

Arzneimittelmißbrauch und Arzneimittelwerbung

Das Heilmittelwerbegesetz enthält Auflagen, die die Verbraucher vor Vielgebrauch und Mißbrauch schützen sollen. Da ist beispielsweise der § 4 des HWG, der dafür sorgen soll, daß verbraucherrelevante Informationen, etwa über Nebenwirkungen, in den sogenannten Printmedien »gut lesbar« wiedergegeben werden müssen. Gegen diesen Paragraphen verstößt die Pharmazeutische Industrie täglich, und wir tragen einen erheblichen Anteil daran, indem wir diese Verstöße in den Apothekenschaufenstern dulden. Die der Industrie wenig genehmen gesetzlichen Auflagen werden auf den Werbematerialien mit Vorliebe so plaziert, daß sie selbst von aufmerksamen Betrachtern nur mit Mühe oder gar nicht zu entdecken sind. Somit tragen wir zur gewollten Fehl- und Desinformation des Verbrauchers bei. Ähnlich ist es mit dem § 10 HWG, der die Werbung für Schlafmittel unterbinden soll. Trotz dieses Verbots wird in bundesdeutschen Apothekenschaufenstern für diese Arzneimittelgruppe kräftig geworben. Juristische Tricks und Hintertürchen machen es möglich, und wir lassen es zu!

Die Apotheken bieten den Arzneimittelherstellern nicht nur riesige Werbeflächen zum Nulltarif, sie leisten damit auch einen problematischen Beitrag zur Umsatzsteigerung von Schmerz-, Schlaf- und Abführmitteln. Die verharmlosende Schaufensterwerbung dient sich an als »Entscheidungshilfe«, die unsere Beratungskompetenz erheblich einschränken kann. Eine Berliner Erfahrung demonstriert, was passiert, wenn man versucht, sich diesem Druck zu entziehen:

1983 verabschiedete der Apothekertag mit großer Mehrheit einen Antrag auf ein Verbot der Laienwerbung für Analgetika und Appetitzügler. Im März 1984 beschloß die Apothekerkammer Berlin eine sich auf diesen Antrag stützende Empfehlung an die Berliner Apotheker, in der diese aufgefordert wurden, in ihren Schaufenstern auf die Werbung für solche Mittel zu verzichten. Diese Empfehlung löste einen Konflikt zwischen der Apothekerkammer Berlin und dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie aus, der nicht nur monströse und bedrohliche Ausmaße annahm (durch Einschaltung des Bundeskartellamtes, der Landeskartellbehörde, des Bundesgesundheitsamtes und der ABDA), sondern auch deutlich machte, mit welcher Unverschämtheit die Industrie ihr »Recht« auf Werbung in Apothekenschaufenstern beansprucht (übrigens mit durchschlagendem Erfolg). Selbst nachdem Kammerpräsident Stürzbecher unmißverständlich die Rechte der Kammer und deren Angehörigen deutlich gemacht hatte, erdreistete sich der BPI, eine Revidierung der Kammerempfehlung zu fordern, da sie »unzulässig« sei (gem. § 1 GWB). Außerdem warf der BPI den Apothekern vor, sie würden mit ihrer Empfehlung Informationen für den Patienten »unterdrücken« (!)[5]) Diese heftige Reaktion zeigt, wie wichtig der Industrie die Apotheke als Werbemedium ist. Von der idealen Möglichkeit, das Apothekenschaufenster zu einem Ort der Gesundheitsaufklärung und der sachlichen Information über Arzneimittel zu machen, wird nur sehr wenig Gebrauch gemacht.

Entlassung aus der Rezeptpflicht

Das Arzneimittelgesetz verbietet die Abgabe von Arzneimitteln ohne Rezept, wenn sie gemäß § 48 AMG häufig in erheblichem Umfang nicht bestimmungsgemäß gebraucht werden und damit die Gesundheit gefährden können. Nach dieser gesetzlichen Bestimmung müßten beispielsweise die Appetitzügler mit Norephedrin als Wirkstoff der Rezeptpflicht unterstellt werden, und wir müßten Bemühungen in diese Richtung mit unseren Erfahrungen unterstützen und fördern. Solche Aktivitäten fehlen. Statt dessen bemühen sich Standespolitiker seit Jahren darum, die im Arzneimittelgesetz festgeschriebene Möglichkeit, rezeptpflichtige Stoffe in geringer Dosis und kleiner Packungseinheit in die Apothekenpflicht zu entlassen (»Freidosenregelung«), weiter auszubauen. Sie wünschen sich beispielsweise den Wirkstoff Diazepam für den Handverkauf (zwei Tabletten Valium mit 2 mg Wirkstoff). Damit unterstreichen sie nicht nur mangelndes Problembewußtsein in Sachen Arzneimittelabhängigkeit, sie demonstrieren auch einmal mehr, was ihnen die Arzneimittelsicherheit wert ist, wenn es um die Erschließung zusätzlicher Märkte geht.

Tabuzonen des Apothekenmarketings

Während die gesetzlichen Rahmenbedingungen unsere Spiel- und Handlungsräume beschreiben, die im Interesse der Arzneimittelsicherheit einzuhalten sind, wirkt die Standespolitik über die von ihr vertretenen Positionen zu Fragen der Arzneimittelsicherheit stark auf das alltägliche Verhalten in der Apotheke ein. Leider werden von ihr weitgehend die Probleme des Medikamentenmißbrauchs mit ihren sozialen und gesellschaftlichen Folgen tabuisiert und verdrängt. Ist von der Drogenproblematik die Rede, geht es meist um illegale Drogen. Ganz typisch ist es, daß auf der letzten Meraner Fortbildungswoche die Drogenthematik durch ein Referat über Haschisch abgehandelt wurde.

Auch die standespolitische Diskussion über die Apotheke der Zukunft hat sich in ein Fahrwasser begeben, in dem ethische und gesellschaftliche Fragen des Arzneimittelkonsums unterzugehen drohen. Hier spielen die Apothekervereine und die Marketing-Gesellschaft Deutscher Apotheker (MGDA) eine bedenkliche Rolle. Getreu der Devise des Vorsitzenden des Deutschen Apothekervereins Langeneckert, »Unternehmer und nicht Unterlasser sein«, werden die Strategien und Raffinessen modernen Marketings auf ihre Einsatzmöglichkeiten in der Apotheke untersucht. Dabei droht das Arzneimittel als »erklärungsbe-

► Lesen Sie bitte weiter auf Seite 28

dürftiges Gut« zugunsten einer besonders präsentierten, leicht erreichbaren und begehrenswerten Ware zu verschwinden. Die warnenden Stimmen, die diesen Trend kritisieren, verhallen offenbar ungehört. Jüngster Höhepunkt war das Wirtschaftsforum '92 des Deutschen Apothekervereins in Baden-Baden. Hochbezahlte Referenten aus der Marketingszene machten klar, wo es lang gehen muß. Daß dabei auch das Arzneimittel als Ware attraktiver, begehrenswerter und erreichbarer gemacht werden soll, ist offenkundig. »Die Eigenständigkeit, die die Apotheke dem Kunden bietet, muß bestimmte Sehnsüchte oder spezielle Wünsche des Kunden erfüllen, wobei es sich für den wirtschaftlichen Erfolg um dauerhafte Wünsche handeln muß. Dabei muß die angesprochene Zielgruppe groß genug sein.«[6]) Diese Kriterien treffen wunderbar zu auf die Klientel der Arzneimitteldauerkonsumenten und -abhängigen: Sie haben Sehnsüchte und dauerhafte Wünsche, sie sind als Zielgruppe groß genug. Die von den Protagonisten der Apotheke als »Gesundheitshaus« angeblich verfolgte Absicht, mit Hilfe höherer Gewinne im Bereich des Randsortiments Voraussetzungen für eine dadurch ökonomisch weniger belastete Arzneimittelberatung zu schaffen, scheint angesichts der mit dem Randsortiment erreichbaren Umsatzzuwächse eher als Vorwand.

Dies ist der zweite Beitrag unserer neuen Rubrik »Zur Diskussion gestellt«. Wir möchten die Leserinnen und Leser dazu aufrufen, auf dieser Seite das Gespräch mit ihrer Standesvertretung und der Fachöffentlichkeit zu suchen, Ideen einzubringen oder strittige Themen anzusprechen. In jedem Fall geben die hier abgedruckten Beiträge die Meinung der Autoren wieder, die nicht mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen muß. Alle Beiträge werden namentlich gekennzeichnet. Die PZ-Redaktion behält sich vor, Beiträge zu kürzen oder abzulehnen. Pro Heft soll nur ein Diskussionsbeitrag abgedruckt werden. Die Reaktionen auf diese Beiträge erscheinen in den darauffolgenden Ausgaben.

Fazit

Mögen die geltenden Gesetze einem zunehmenden und/oder mißbräuchlichen Einsatz von Arzneimitteln auch entgegenstehen – und der vorliegende Entwurf einer Novelle zur Apothekenbetriebsordnung scheint das bekräftigen zu wollen –, so zeigt der Berufsalltag in seiner Praxis, daß unkritischer Arzneimittelgebrauch durch den vorhandenen Zwang zur Umsatzausweitung begünstigt wird und deshalb die Erwartung an die Apotheke, dem einen Riegel vorschieben zu können, unrealistisch ist. Apothekenunternehmer sind private Anbieter gesundheitlicher Leistungen. Sie sind mit ihren Apotheken auf Dauer nur dann lebensfähig und erfolgreich, wenn sie ausreichend Umsatz machen. Als Unternehmer sind sie gezwungen, alle ihnen zur Verfügung stehenden Mittel, die die freie Marktwirtschaft erlaubt, einzusetzen, um ihren Arzneimittelumsatz zu sichern und zu erhöhen.

Je mehr Arzneimittel verkauft werden, um so besser geht es der Apotheke. Überspitzt und – zugegeben – boshaft formuliert, läßt sich sagen: Wir können die bei uns steigende Zahl der Arzneimittelabhängigen aus ökonomischer Sicht nur begrüßen. Das Heer der derzeit auf über 800 000 geschätzten Medikamentensüchtigen ist ein verläßlicher Umsatzgarant. Darin liegt die Opfer-Täter-Tragik unseres gesamten Berufsstandes – alle Angestellten mit eingeschlossen. Aber hier steckt auch eine Herausforderung, der man sich dann stellen muß, wenn man weder im Drugstore mit Arzneimittelecke enden will, noch in der Apotheke als Drogenshop.

Die wichtigste Voraussetzung für jede patientenorientierte Arzneimittelversorgung ist die Ausübung pharmazeutischer Tätigkeiten unabhängig von ökonomischen Zwängen. Es liegt nahe – mit Blick auf die EG-Vereinigung –, über die Grenzen zu schauen. In holländischen Apotheken, deren Zahl durch Niederlassungsbeschränkungen festgelegt ist, scheinen die für unser Apothekenwesen bestehenden Probleme gebannt – durch die Garantie ausreichender Patientenzahlen und ein vom Arzneimittelpreis losgelöstes Honorierungssystem. Denkbar sind Apotheken auch als Einrichtungen im Besitz von Krankenkassen oder Kommunen, als Teil eines Gesundheitszentrums in gemeinnütziger Trägerschaft. Es ist schwer einzusehen, daß – trotz des allgemein zugestandenen Rechts auf Pluralismus, Vielfalt und Konkurrenz – schon die bloße Diskussion solcher Modelle massiven Widerstand in der offiziellen Standespolitik hervorruft.

Dabei ist die Idee einer Apotheke, die losgelöst von wirtschaftlichen Interessen ihre Aufgaben erfüllt, so alt wie die Apotheke selbst. So fragte schon 1799 der berühmte Apotheker und Arzneimittelhersteller Trommsdorf (1770–1837): »Wie könnte das Apothekenwesen auf die höchste Stufe der Vollkommenheit erhoben werden?« Er antwortete mit der Forderung nach Verstaatlichung der Arzneimittelversorgung, um die von ihm beklagten Mängel wie »Nebengeschäfte« des Apothekers, die er als Gefahren eines privaten Versorgungssystems sah, zu beseitigen.[7])

Literatur

[1]) Stiftung Warentest, test-Heft 4/91, 405
[2]) Pfeil, Pieck, Blume u. a., Apothekenbetriebsordnung – Kommentare und Textsammlung. 5. Aufl., Govi-Verlag, 18
[3]) ebda, 18
[4]) Pharmazeutische Zeitung, 129. Jg. Nr. 10 (8. 3. 84), 537
[5]) Der hier angesprochene Briefwechsel liegt bei der Apothekerkammer Berlin
[6]) Pharmazeutische Zeitung, 137. Jg. Nr. 18 (30. 4. 92), 71
[7]) Engels, Zur Geschichte des Verstaatlichungsgedankens im Deutschen Apothekenwesen. Deutscher Apothekerverlag, Stuttgart 1984

Apothekerin
Ingeborg Simon
Hewaldstraße 5
1000 Berlin 62

Referent für Öffentlichkeitsarbeit

Resümee nach einem knappen Jahr

Seit November 1991 habe ich für den VDPP als Referent für Öffentlichkeitsarbeit gearbeitet. Am 30.09.1992 endete meine Tätigkeit. Eigentlich war die Stelle als "Geschäftsführerstelle" vorgesehen, aber als Hauptamtlicher ohne Geschäftsstelle schien mir der Titel etwas zu hoch gegriffen.

Ich war angetreten mit dem Anspruch, die im Verein schlummernden Kräfte zu aktivieren, um damit die Öffentlichkeitswirksamkeit des VDPP zu erhöhen. Dies war auch die Zielvorstellung der Vorstandsmitglieder gewesen. Zum Teil wird dies auch gelungen sein, aber ich bin davon überzeugt, daß noch viel mehr hätte bewirkt werden können. Zu Beginn meiner Tätigkeit habe ich angeboten, Gedanken aus dem Mitgliederkreis zu aktuellen Themen aufzunehmen, mit den Verantwortlichen zu diskutieren und zu einer Veröffentlichung vorzubereiten. Gleiches hatte ich auch für die Anfertigung kleinerer Artikel für den Rundbrief angeboten (vgl. VDPP-Rundbrief Nr. 10, S.4). Dieses Angebot wurde zu selten wahrgenommen. Statt dessen ist wohl die überwiegende Mehrheit davon ausgegangen, daß Vorstand oder Referent schon das nötige leisten würden. Das ist aber eine Überforderung der genannten Personen, denn Wissen und Ideen sowie deren Umsetzung sind keine angeborenen Qualitäten von Funktionsträgern.

So habe ich meine Aktivitäten auf mir bekannte Themen beschränkt, was vielleicht dazu geführt hat, daß viele Themen zu kurz gekommen sind. Hier möchte ich an die Mitglieder appellieren, in Zukunft mit Ideen an den Vorstand oder an einen evtl. Nachfolger von mir heranzutreten. Erst dadurch können wir unsere Wirkung in der Öffentlichkeit verbessern.

Ein besonderes Anliegen war und ist mir der Rundbrief. Er ist augenblicklich das Wichtigste, was wir nach außen weitergeben und worauf wir verweisen können, wenn Leute nach den Aktivitäten des Vereins fragen. Es ist auch ein wichtiges Medium, um den VDPP zwischen den Mitgliederversammlungen lebendig zu erhalten. Ich hoffe, daß es auch in Zukunft gelingen wird, den Rundbrief alle zwei Monate herauszubringen. Bei der Mitarbeit vieler dürfte dies kein unüberwindliches Problem sein.

Betrachtet man die Mitgliederstruktur des Vereins - ca. 75% arbeiten in der öffentlichen Apotheke, 25% im Krankenhaus, der Verwaltung oder in der Industrie - und vergleicht man dies mit den Aktiven - mehr als die Hälfte der Aktiven arbeitet nicht in der öffentlichen Apotheke - so besteht etwas die Gefahr, daß die Politik des Verein nicht immer den Wünschen der Mehrheit der Mitglieder entspricht. Hier sollte vielleicht in Zukunft mehr Rücksicht auf die Mehrheit genommen werden.

Der VDPP hat unbedingt seine Existenzberechtigung. Meiner Meinung ist er sogar unbedingt notwendig, um den sog. wirtschaftsliberalen Tendenzen in unserem Berufsstand etwas entgegenzusetzen. Vielleicht war es ein Fehler, erst 1989 die Gründung einer bundesweiten Organisation zu vollziehen, denn es dauert seine Zeit, die Sympathisanten zu sammeln, um die notwendige Schlagfertigkeit zu erreichen. Die für die politische Linke augenblicklich mageren Zeiten machen es zudem schwierig, unsere Ideen in unserer Berufsgruppe zu verankern. Trotzdem bin ich davon überzeugt, daß der VDPP mit oder ohne Referent für Öffentlichkeitarbeit eine gute Zukunft hat.

UDO PUTEANUS

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