

VDPP - *Rundbrief*

Nr. 21 / Dezember 1993

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

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

unabhängig -
überparteilich -
patientenorientiert

**Ausbildung:
Perspektiven und Vergleich**

**Public Health
- eine Berufsperspektive ?**

Arzneimittelsicherheit

Apothekertag '93

Inhalt

Thomas Hammer: Grußworte des Vorstands	3
Elfriede Kern: Ausbildung - Perspektiven und Vergleich	4
Interview Public Health - Berufperspektive für PharmazeutInnen	7
Udo Puteanus: Neue Zeitschrift "Forum Public Health"	10
Udo Puteanus: Arzneimittelsicherheit - Bericht vom VDPP-Herbstseminar	12
Ingeborg Simon: Apothekertag '93 - persönliche Erinnerungen -	20
Christl Trischler: Vorstandssitzung am 29.8.93 in Kassel	24
Frauenseminar 1994 - Vorankündigung:	28
Buchbesprechungen:	
Wassilewski/Passenberger: Analyse des Wahlverhaltens der Freien Berufe (Jürgen Große)	29
Marge Piercy: Er, sie und es (Ute Meyerdirks-Wüthrich)	31
terre des hommes-Ärzteinitiative - Selbstdarstellung	32

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V.
 Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer
 Satz: Ulf H. Thomas.
 Adresse: Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, 20144 Hamburg,
 Tel.: 040/458768.
 Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Editorial

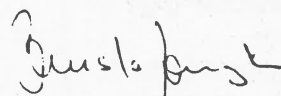
Zum Ausklang des Jahres können wir noch einmal einen umfangreichen Rundbrief verschicken, dessen "Leitartikel" sich mit dem Thema Pharmaziestudium befaßt, ein Thema, das bislang in diesem Rahmen sicherlich zu kurz gekommen ist.

1993 sind zwar nur fünf Rundbriefe erschienen, aber ich bin dennoch ganz zufrieden, denn meiner Meinung nach gab es viele wichtige Artikel und einige neue Autoren konnten auch gewonnen werden.

Nach der Mitgliederversammlung im Sommer wurde die Redaktion auch offiziell auf Thomas Hammer und mich eingegrenzt, da es sich gezeigt hatte, daß der Aufwand, der mit einer überregionalen Redaktion verbunden ist, in keinem Verhältnis zu ihrem Nutzen steht, jedenfalls nicht in der Form, wie es praktiziert wurde. Mit dieser "regionalen Beschränkung" hat die Redaktion das gleiche Schicksal ereilt wie die VDPP-Arbeitsgruppen, die ja ebenfalls mit der Überregionalität zu kämpfen hatten.

Vielleicht gelingt es in der Zukunft doch noch einmal, ein neues Konzept für die Redaktionsarbeit zu entwickeln.

Euch viel Spaß beim Lesen und eine schöne Weihnachtszeit!



Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief ist der

15. Januar 1994.

Artikel und Beiträge bitte wieder an:

Christa Augustin
 Alsterdorfer Str. 18
 22299 Hamburg

Liebe Leserin, lieber Leser!

Mitte November weihnachtliche Stimmung zu verbreiten und einen von adventlicher Behaglichkeit geprägten Rückblick auf das vergangene Jahr zu werfen, ist viel schwieriger als ich dachte. Nirgends sind Weihnachtsgebäck und Nüßchen zu sehen; wo ein anständiger Punsch oder Glühwein stehen müßte, steht nur Hustentee, und Schnee liegt ohnehin nirgends. Statt dessen Regen, Regen, Regen.... Trotz alledem möchte ich kurz ein paar Worte zum vergangenen Jahr verlieren.

Die ersten Monate waren durch das Fehlen unseres "Referenten für Öffentlichkeitsarbeit" geprägt, der sich nach vorbildlicher Arbeit für den VDPP entschlossen hat, eine noch besser bezahlte Tätigkeit bei einer Krankenkasse aufzunehmen. Die Lücke, die dieser Ausfall hinterließ, schien anfangs vom Vorstand kaum geschlossen werden zu können, auch deshalb, weil die meisten Vorstandsmitglieder nach etlichen Jahren Vorstandsarbeit verständlicherweise nicht mehr für die Vorstandswahl auf der Mitgliederversammlung kandidieren wollten. Trotz dieser mißlichen Situation ist es dem alten Vorstand dennoch gelungen, dem neuen Vorstand einen gut geführten Verein zu übergeben.

Der neue Vorstand steht nun vor der Aufgabe, dem VDPP neues Leben einzuhauchen, was sicherlich bei dem chronischen Zeitmangel und dem Rückzug ins Privatleben, der bei vielen Vereinsmitgliedern festzustellen ist, nicht einfach sein wird. Ohne Unterstützung und Inspiration aus den Reihen der Mitglieder wird der Vorstand bei der Vielzahl der zu bearbeitenden Themenfelder (z.B. Strukturwandel im Gesundheitswesen, Wandel des Berufsbildes der ApothekerInnen durch Änderung der Studienordnung, der Apothekenbetriebsordnung und des Arzneimittelgesetzes) auf verlorenem Posten stehen.

Deshalb rufen wir auch besonders kritische PharmaziestudentInnen auf, in unserem Verein mitzuarbeiten, damit wir uns gemeinsam für eine uns genehme Zukunft des Gesundheitswesens einsetzen können.

Zum Schluß möchte ich all denen, die die Vereinsarbeit des VDPP im vergangenen Jahr mit Rat und Tat unterstützt haben, ohne dabei Mühen und Nervereien zu scheuen, herzlich dafür danken. In der Hoffnung, daß sich auch im nächsten Jahr, dem großen Jubiläumsjahr des Vereins, solche Leute finden werden, freue ich mich jetzt schon auf das kommende Jahr.

Euch allen alles Gute für 1994!

Für den Vorstand

Thomas Hammer

Elfriede Kern

Ausbildung - Perspektiven und Vergleich

Seit 1989 gilt in der BRD eine neue Approbationsordnung für Apotheker. Hauptgrund für die Neufassung war die Harmonisierung der Ausbildung mit den EG-Richtlinien. Mit nunmehr 8 Semestern wird der Abschluß EG-weit anerkannt. Außerdem sollte der Studienschwerpunkt ein Stück weit von den chemischen (v.a. Praktika) zu den medizinischen und pharmakologischen Fächern verlagert und das Studium insgesamt entzerrt werden.

Die Umsetzung dieser Approbationsordnung stieß teilweise auf Schwierigkeiten, vor allem im Fach Pharmakologie. An der Universität Regensburg werden jetzt nach 4 Jahren alle Veranstaltungen angeboten. Allerdings findet das Pharmakologiepraktikum (von den Studenten als Notpraktikum bezeichnet) mit effektiv 50 Stunden lediglich als Blockpraktikum statt. Eine Entzerrung des Studiums hat die neue Approbationsordnung nach Meinung der Studenten jedoch nicht bewirkt. Der Arbeitsaufwand sei eher noch gestiegen.

Durch den hohen Zeitdruck bei der Einführung der neuen Approbationsordnung wurden die Veränderungen des Berufsbildes und somit die Anforderungen an eine zeitgemäße Ausbildung

zu wenig berücksichtigt. An der Struktur des Studiums wurde z.B. fast nichts geändert. Deshalb forderte der Bundesrat die Bundesregierung auf, 1995 einen Erfahrungsbericht über die neue Approbationsordnung vorzulegen. Aus dem Gesundheitsministerium ist zu erfahren, daß 1994 eine Anhörung für alle Betroffenen stattfinden soll, in der sie zur Approbationsordnung Stellung beziehen und Forderungen für eine Änderung darlegen können. Es deutet sich auch an, in welche Richtung die Änderung gehen könnte: keine neue Approbationsordnung, nur eine inhaltliche Verschlebung; höhere Gewichtung von medizinischen und pharmakologischen Fächern; keine Berücksichtigung von Sozialpharmazie.

Im Vorfeld des Erfahrungsberichtes und verstärkt durch die wirtschaftlichen Auswirkungen des GSG hat eine lebhafte Diskussion um die Aufgaben des Apothekers in Gegenwart und Zukunft eingesetzt. Der Berufsstand möchte weg vom Image des Schubladenziehers und sich als Arzneimittel fachfrau/mann profilieren. Dabei muß sie/er fähig sein, verschiedenen Ansprechpartnern, Patient und Arzt gerecht zu werden. Die Frage ist, ob vor allem der Offizinapotheker für diese Position richtig ausgebildet wird.

In den letzten beiden Jahren haben sich wichtige pharmazeutische Verbände mit Zukunftsperspektiven für die Pharmazieausbildung auseinandergesetzt und ihre Ergebnisse in Form von Thesen der Öffentlichkeit vorgestellt. Auch der VDPP hat im Rahmen einer Arbeitsgruppe ein Diskussionspapier erarbeitet, das im Rundbrief Nr. 15 (Oktober 92) nachzulesen ist. Dabei ist auffällig, daß es viele ähnliche Vorstellungen gibt. Im folgenden möchte ich die wichtigsten Forderungen in Stichpunkten aufzeigen und für weitergehend interessierte Leser die vollständigen Vorschläge als Anhang beilegen.

- Ausbildungsziel: konzeptionelles Denken statt sturem Auswendiglernen
- gleiches Staatsexamen für alle
- Stoffülle eingrenzen
- radikale Kürzung von Praktika
- eigenständige Fächer: Biopharmazie, Pharmakokinetik

- mehr Stunden in Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie (evtl. schon im ersten Abschnitt)
- eigenständiges Fach Sozialpharmazie
- Wahlpflichtfächer im zweiten Abschnitt
- mehr interdisziplinäre Fächer
- alternative Prüfmethoden (z.B. Referate)
- Diplomarbeit, evtl. fakultativ als erster akademischer Grad
- Pflichtpraktikum im Krankenhaus, auch auf den Stationen vor dem Praktikum in der öffentlichen Apotheke
- Verlängerung des Praktikums auf 18 Monate
- Intensivierung der theoretischen Ausbildung im dritten Abschnitt
- Ausbildung in kommunikativen Techniken, Psychologie, Patientenberatung

Vor diesem Hintergrund sollen zum Vergleich kurz die Ausbildungsordnungen in Dänemark und Frankreich skizziert werden, die sich inhaltlich und auch strukturell von der deutschen Approbationsordnung unterscheiden. Viele der oben genannten Vorstellungen sind in diesen Ländern verwirklicht; ein Zeichen dafür, daß eine radikale Reform der Ausbildung bei uns grundsätzlich möglich wäre.

DÄNEMARK

Die Ausbildung dauert 5 Jahre, davon sind 4,5 Jahre an der Universität zu absolvieren. Die ersten 4 Semester sind den chemischen und biologischen Fächern gewidmet. Es geht um die Vermittlung der notwendigen naturwissenschaftlichen Grundlagen. Im 5.-7. Semester stehen die pharmazeutischen Wissenschaften inklusive Sozialpharmazie im Mittelpunkt. Nach den ersten 3 Jahren haben die StudentInnen ein kleines interdisziplinäres Thema zu bearbeiten. Die ersten 7 Semester sind für alle verbindlich und gleich. Das Pensum beträgt in 40 Wochen im Jahr jeweils 45 Wochenstunden, wobei für jede Veranstaltung schon Vor- und Nachbereitungszeit eingerechnet ist.

In Deutschland liegt der Schwerpunkt in der praktischen Ausbildung, in Dänemark steht der theoretische Unterricht im Vordergrund. Auch im Bereich der Seminare gibt es Unterschiede: Deutschland ca. 4%, Dänemark 18% der Ge-

Gliederung der Apothekerausbildung in Dänemark	
Studienvoraussetzung	Abitur mit bestimmten Qualifikationen in Mathe, Chemie und Physik
1. bis 7. Semester	Studium der Pflichtfächer aus den Fachgebieten Chemie, "Biowissenschaften", Pharmaz. Technologie, Sozialpharmazie
8. Semester	Praktikum in einer Öffentlichen Apotheke oder Krankenhausapotheke
9. bis 10. Semester	Wahlpflichtfächer und Diplomarbeit Master of Science in Pharmacy

samtausbildungsstunden. Während des Praktikums erhalten die StudentInnen durch Wahlpflichtfächer und das Thema der wissenschaftlichen Arbeit Schwerpunkte setzen. Es erwerben jedoch alle den gleichen Abschluß.

FRANKREICH

Auch die Ausbildung in Frankreich unterscheidet sich erheblich von der deutschen. Sie dauert länger, entweder 6 Jahre im sog. kurzen Studiengang oder 9 Jahre im sog. langen Studiengang, in dem sich nach 5 Jahren eine 4-jährige Spezialisierung (z.B. in Klinischer Chemie oder Industriepharmazie) anschließt. Das Praktikum umfaßt 3 Semester, wobei ein Jahr im Krankenhaus (auch auf den Stationen) gearbeitet werden muß. Eine Diplomarbeit ist für alle Studenten vorgeschrieben. Im Stundenplan sind auch viele klinische Fächer.

Ausführlich beschrieben sind die Ausbildungssysteme beider Länder in der Pharmazeutischen Zeitung (Nr. 32, 1993 (DK) und Nr. 30, 1991

(F)). Dem Artikel über Dänemark sind auch die Tabellen entnommen.

Vergleich der praktischen universitären Ausbildung (Angaben in %)		
Praktika gesamt	Dänemark 994 Stunden*) = 100%	Deutsch- land 2028 Stunden= 100%
Chemische Fächer	44	62
Pharmazeutische Technologie	30	16
Physiologie/ Pharmakologie	4	6
Biologische Fächer	12	14
Physik	-	1
Sozialpharmazie	9	-
*) Pflichtstudium des 1.-7. Semesters		

Die Approbationsordnung muß nach dem Erfahrungsbericht 1995 auf alle Fälle geändert werden, um eine zeitgemäße Ausbildung zu gewährleisten. Wichtig ist, daß die extreme Verschulung des Studiums aufgehoben wird und daß die StudentInnen zumindest im zweiten Ausbildungsabschnitt Wahlmöglichkeiten haben.

Notwendig ist ebenfalls die Aufnahme des Lehr- und Forschungsgebietes Sozialpharmazie in die AAppO. Themen wie z.B. das Verhältnis Arzneimittel-Gesellschaft, die Stellung des Apothekers im Gesundheitswesen, Fragen nach der Anwendung von Arzneimitteln, patientengerechte Beratung und vieles andere mehr sollten schon in der Hochschule behandelt werden. Länder wie Dänemark, Norwegen, Holland und auch die USA sind uns dabei einen großen Schritt voraus.

Am Ende dieses Rundbriefes befinden sich als Dokumentation die Stellungnahmen verschiedener Verbände zur Novellierung der Approbationsordnung.

Udo Puteanus

Public Health

- eine Berufsperspektive für PharmazeutInnen?

Interview mit einer Pharmazeutin im Public Health - Ergänzungsstudiengang

Fehlende interdisziplinäre Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen Beschäftigten wurde immer wieder in den letzten Jahren als eine der Ursachen für die vielen Probleme im Gesundheitswesen genannt. Als Folge dieser Erkenntnis besannen sich einige Hochschulen einer alten Tradition und begannen mit dem Aufbau von Public Health-Studiengängen (siehe VDPP-Rundbrief Nr. 11). Eingeschränktes Fachwissen sollte durch gemeinsames Lernen mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens überwunden und dadurch Fachwissen aus anderen Bereichen für den eigenen Beruf verfügbar werden. Man griff dabei auf die Erfahrungen zurück, die seit vielen Jahrzehnten in den USA gemacht worden waren. Die Universität Bielefeld war die erste Hochschule, die ein umfassendes viersemestriges Aufbaustudium für im Gesundheitswesen Beschäftigte im Jahre 1989 einführte. Letztes Jahr folgte ihr die Technische Hochschule Berlin in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen der Stadt.

Im ersten Jahrgang wurden die Kandidaten für den Public-Health-Studiengang in Berlin nach einem Losverfahren ermittelt. Auch eine Pharmazeutin, Martina D., hatte das Glück, einen Studienplatz zu erringen. Im folgenden Interview berichtet sie von ihren Erfahrungen nach dem ersten Jahr Public Health.

Martina, bevor wir uns mit den einzelnen Inhalten des Aufbaustudienganges beschäftigen, kannst du vielleicht noch mal kurz erläutern, was mit dem Begriff Public Health gemeint ist?

Es gibt keine einheitliche Übersetzung für den Begriff Public Health, der wörtlich mit "öffentlicher Gesundheit" übersetzt werden könnte. "Öffentlich" wird allerdings häufig mit "staatlicher" Tätigkeit gleichgesetzt, so daß sich für den einzelnen der Eindruck des Kontrolliertwerdens ergibt. Aber genau das will Public Health nicht, sondern Mitspracherecht und Selbstbestimmung haben Priorität, was z.B. der hohe Stellenwert von Selbsthilfegruppen zeigt.

Public Health, heute eher mit "Gesundheitswissenschaften" übersetzt, beschäftigt sich in Forschung und Lehre, in Theorie und Praxis mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. bestimmten Bevölkerungsgruppen und analysiert und bewertet Krankheiten, deren Ursachen, Risiken, Entwicklung und Verbreitung, vor allem auch im sozialen und ökonomischen Kontext. Es soll eine Lebensverlängerung mit entsprechender Lebensqualität und die Vermeidung von Krankheiten erreicht werden. Wichtiges Merkmal von Public Health ist die Vernetzung von Naturwissenschaften und Sozialwissenschaften für ein interdisziplinäres Zusammenwirken.

Die Idee für Public Health ist ja nicht neu. Sie geht zurück auf die Sozialhygiene bzw. öffentliche Gesundheitspflege Mitte des 19. Jahrhunderts, wo es vor allem um die Verhinderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten in den Städten ging (Zusammenhang Armut und Krankheit). Während des Nationalsozialismus wurde die Sozialhygiene jedoch als Rassenhygiene mißbraucht, so daß nach dem Krieg die alte Idee der Sozialhygiene in Deutschland nicht wieder aufgegriffen wurde. In den USA wurde bereits 1916 die erste "School of Public Health" erreicht.

Du hast jetzt ein Jahr Public Health hinter Dir. Kannst du uns einen kurzen Einblick davon geben, was du dort für Fächer belegen konntest?

Es gibt zwei Studienschwerpunkte: 1. Gesundheitsförderung in der Gemeinde und am Arbeitsplatz und 2. Planung und Management im Gesundheitswesen. Der Studiengang gliedert sich in Grundlagen-, Schwerpunkt- und Projektstudium. Die Grundlagenfächer umfassen im wesentlichen:

- Epidemiologie und Biostatistik
- medizinische Grundlagen
- psychosoziale Grundlagen
- Gesundheitspolitik
- Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen.
- Stadtplanung und Gesundheit.

Die Wahlpflichtfächer können ab dem zweiten Semester belegt werden und legen den Studienschwerpunkt fest (z.T. Anerkennung für beide Schwerpunkte):

- Gesundheitsförderung und Beratung
- Krankenversicherung und Versicherungswirtschaft
- Gesundheitsberichterstattung als Planungsinstrument
- Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt
- Evaluation und Qualitätssicherung

Es kann auch ein Wahlfach eines anderen Fachbereiches der Berliner Universitäten belegt werden.

Das Projektstudium wird im dritten Semester begonnen und bildet den praktischen Teil. Die verschiedenen Projektangebote wurden uns im zweiten Semester vorgestellt und können aus den verschiedenen Bereichen (Krankenkassen, Forschungseinrichtungen, Betriebe, Gemeinde, private Einrichtungen, Krankenhaus usw.). Bei der Vielfalt der Angebote kann jeder seinen Interessenschwerpunkt aussuchen.

Haben die einzelnen Fächer auch direkte Berührungspunkte zu unserem Beruf oder zum Arzneimittel?

Es gibt kein Fach, das sich ausdrücklich mit dem Arzneimittelwesen oder dem Berufsstand des Pharmazeuten beschäftigt. Aber in jedem Fach können Beispiele dieser Bereiche thematisiert

werden: z.B. Probleme der Beratung in der Apotheke im Fach Gesundheitsförderung oder Besprechung von Arzneimittelstudien im Fach Epidemiologie.

Ich denke, gerade bei den Projekten könnten interessante Themen gefunden werden, die auch den Bereich Apotheke oder Arzneimittel berühren.

Welche Fragestellungen könnten Deiner Meinung nach auf diesem Gebiet bearbeitet werden?

Hier kann z.B. der gesellschaftliche Umgang mit Medikamenten (die Pille als Problemlöser) untersucht werden, oder, wie kann eine bessere Zusammenarbeit Arzt/Apotheker erreicht werden.

Interdisziplinarität im Gesundheitswesen war eines der Schlüsselwörter bei der Vorbereitung des Studienganges. Hast du den Eindruck, daß man mit Hilfe des Studienganges diesem Ziel etwas näher kommen könnte, und wird diese Zusammenarbeit bereits während des Studiums trainiert?

Dadurch, daß wir Studenten aus sehr verschiedenen Fachrichtungen kommen (Medizin, Pharmazie, Soziologie, Psychologie, BWL, Jura, Ethnologie, Ökotrophologie, Lehramt usw.), wird natürlich eine Vielzahl verschiedener Sichtweisen geboten. Es ist für die Organisation der Veranstaltung nicht immer ganz einfach herauszufinden, von welchem Basiswissen ausgegangen werden kann. Der Studiengang steckt noch in den Kinderschuhen, von daher gibt es natürlich auch Kritikpunkte. Dadurch, daß der Studiengang sehr verschult ist, ist jeder einzelnen Veranstaltung ein zeitlicher Rahmen gesetzt, so daß oft nicht genug Zeit für Diskussionen bleibt.

Hast du den Eindruck, daß man das Studium neben einem Vollzeit- oder Teilzeitjob bewältigen kann? Wieviel Zeitaufwand ist für das erfolgreiche und befriedigende Abschneiden im Studienganges erforderlich?

Ich würde keinem dieses Studium neben einer Vollzeit-Beschäftigung empfehlen. Die nachmittägliche Anwesenheit von Montag bis Donnerstag

und der Aufwand für Leistungsnachweise für jedes Fach sind neben der Arbeit (und dem Privatleben) schon genug. Ein Zeitaufwand läßt sich schwer definieren, da jeder einzelne je nach Interessenlage bestimmte Fächer vertiefen möchte.

Welche Beweggründe hattest du, als du Dich auf den Studienplatz bewarbst?

Meine Beweggründe waren vor allem der Wunsch nach einer neuen beruflichen Perspektive und die Auseinandersetzung mit nicht nur pharmazeutischen Problemen.

Könntest du auch anderen PharmazeutInnen dieses Aufbaustudium anraten?

Unbedingt, denn gerade das Pharmaziestudium weist große Lücken auf und ist kaum vorbereitend auf den Berufsalltag. Soziale, gesundheitspolitische und ökonomische Aspekte werden völlig außer acht gelassen.

Welche Perspektive hat deiner Meinung nach dieses Fach Public Health? Werden aus dieser Richtung wichtige Denkanstöße zur Verbesserung unseres Gesundheitswesens zu erwarten sein? Welche könnten das sein?

Public Health ist sicherlich zukunftsweisend, was auch das große Interesse für diesen Studiengang zeigt. Mit Sicherheit werden Denkanstöße für unser Gesundheitswesen gegeben werden können, wobei auch heute schon viele gute Ideen existieren, die aus politischen oder finanziellen Gründen bisher (noch) nicht umgesetzt wurden.

Siehst du einen Zusammenhang zwischen Public Health und dem Fach Sozialpharmazie?

Der Zusammenhang besteht ganz eindeutig. Die Sozialpharmazie beschäftigt sich mit allen Public Health relevanten Themen in der Pharmazie: Pharmakoepidemiologie, Wechselspiel Arzneimittel / Arzt / Apotheker, Selbstmedikation, Organisation des Gesundheitswesens, Arzneimittel-Verbrauchs-Kosten-Nutzen-Analysen usw.

Wenn man sich längere Zeit mit standespolitischen Fragen beschäftigt, hat man nach einer gewissen Zeit den Eindruck, daß die Strukturen sehr stark verkrustet sind. Neue Ideen setzen sich nur ganz selten und wenn, dann nur sehr langsam durch. Würdest du nach Deiner bisherigen Erfahrung annehmen, daß neue Impulse aus dem Kreis der Public Health Absolventen kommen könnten? Oder hast du den Eindruck, daß man dann eher den Kontakt zur Basis Pharmazie verlieren wird, da dann übergreifende Probleme im Vordergrund stehen?

Der Kontext zur Pharmazie muß nicht verloren gehen. Es hängt natürlich von den Interessenschwerpunkten jedes einzelnen ab, welchem Bereich das Engagement gewidmet werden soll.

Hast du Dir bereits Gedanken darüber gemacht, was du nach Beendigung des Studiums mit dem Gelernten anfangen wirst?

Es werden sicherlich Kontakte über die Projektarbeit und die Magisterarbeit entstehen, die berufliche Orientierung ermöglichen. Mich interessiert vor allem der Bereich Epidemiologie, der sich mit der Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung beschäftigt.

Wo kann man weitere Informationen zum Aufbaustudiengang bekommen?

Über die Geschäftsstelle Public Health, Technische Universität Berlin, Gesundheitswissenschaften / Public Health, HAS 6, Hardenbergstr. 10, 10623 Berlin.

Martina, vielen Dank für das Gespräch.

Für weitere Fragen steht Martina gern zur Verfügung. Ihre Adresse kann über die Geschäftsstelle des VDPP erfragt werden.

Udo Puteanus

Neue Zeitschrift:

Forum Public Health

- Forschung - Lehre - Praxis

Forum Public Health, Herausgeber: Berliner-, Norddeutscher- und Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health, Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health, Freiburg

Zu einem neuen Fach, das sich in der bundesrepublikanischen Forschungslandschaft etablieren will, gehören natürlich auch eigene Zeitschriften. Nach dem vierteljährlich erscheinenden Periodikum "Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften - Journal of Public Health" mit internationalem Anspruch folgt nun eine zweite Zeitschrift, die sich in erster Linie an deutsche Leser richtet.

Die Zeitschrift zeichnet sich durch eine leichte Verständlichkeit aus und eignet sich somit für all diejenigen, die eine Übersicht darüber behalten wollen, was sich auf dem Gebiet Public Health tut. Zwar werden viele Beiträge in dieser oder jener Form bereits an anderer Stelle abgedruckt sein, für den eiligen Leser ist die kompakte Form aber sicherlich ausreichend.

Der Universität Bielefeld, die seit 1989 den neuen Aufbaustudiengang anbietet, folgten bald weitere Universitäten (Berlin, Dresden, Düsseldorf, Heidelberg, München), so daß das meist viersemestrige Studium Public Health inzwischen in fast allen Regionen Deutschlands aufgenommen werden kann. Die vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) geförderten Forschungsverbände Berlin, Norddeutschland und Nordrhein-Westfalen sowie die Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health, Freiburg - eine Einrichtung des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft - sind die Herausgeber dieser neuen Zeitschrift. Weitere Forschungsverbände sollen nach ihrer Anerkennung durch das BMFT in den Herausgeberkreis eintreten.

Das Ziel von Public Health ist sehr hochgesteckt: es soll eine Neuorientierung im deutschen Gesundheitswesen eingeleitet werden. Präventive Strategien gelte es der kurativen Bekämpfung chronischer Erkrankungen und umweltbedingter Gesundheitsstörungen vorzuziehen.

Aus der Selbstdarstellung der Zeitschrift: "Die Förderung der Public Health-Forschung dient der akademischen Institutionalisierung von Public Health in der Bundesrepublik Deutschland und dem Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in Lehre und Praxis. Das Public Health Forum soll diesen Prozeß unterstützend begleiten. Es bietet ein Forum für den wissenschaftlichen Diskurs und den Austausch zwischen Forschung, Lehre und Praxis. Gleichzeitig soll es die Entwicklung des Berufsfeldes Public Health sowie die Verbreitung von Public Health-Erkenntnissen in der Öffentlichkeit fördern."

Es wird jedoch nicht die Herausgabe einer rein wissenschaftlichen Zeitschrift angestrebt. Vielmehr sollen "relevante und interessante Informationen" weitergegeben werden. Die Zeitschrift versteht sich außerdem als Kommunikationsorgan zwischen Hochschule und den in der Praxis tätigen Gesundheitseinrichtungen.

Die erste und die zweite Ausgabe dieser Zeitschrift könnte für all diejenigen besonders interessant sein, die den Aufbaustudiengang für sich

in Erwägung ziehen. Denn es werden die einzelnen Forschungsverbände mit ihren jeweiligen Zielsetzungen und Projekten sowie die Aufbaustudiengänge der einzelnen Universitäten in einer Übersicht vorgestellt. Tagungs- und Literaturhinweise sowie Adressen und Ansprechpartner für einzelne vorgestellte Projekte runden den Inhalt der ersten und zweiten Ausgabe ab.

Das zweite Heft beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit dem Thema "Betriebliche Gesundheitsförderung". Nach einem Übersichtsartikel folgen einige Praxisbeispiele aus verschiedenen Regionen Deutschlands. Im dritten Heft, Anfang 1994, wird das Thema Gesundheit im Alter im Mittelpunkt stehen.

Die Zeitschrift soll vierteljährlich erscheinen. Besonderes Plus: es gibt sie kostenlos!

Zu beziehen bei:

Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Epidemiologie u. Sozialmedizin
Public Health Forum
Frau Dr. Ulla Walter
Konstanty-Gutschow-Str. 8

30625 Hannover



Seit dem 01. Dezember 1993 verfügt die VDPP-Geschäftsstelle über ein Fax-Gerät. Die Nummer ist identisch mit der Telefonnummer (040/458 768).
Die Redaktion

Udo Puteanus

Arznei- mittelsicherheit:

altes Problem - brandaktuell

VDPP-Herbstseminar

Inzwischen kann der VDPP mit diesem Seminar auf eine positive Bilanz zurückschauen: fünf Herbst-Seminare bzw. -Veranstaltungen konnten organisiert und durchgeführt werden: 1989 zum Thema Angestelltenbewegung in der Weimarer Republik, damals noch durchgeführt von der Fachgruppe Apotheken in der ÖTV Berlin, 1990 EG-Seminar in Bremen, 1991 Ausstellung und Veranstaltung zur Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker im "Dritten Reich" in Berlin, 1992 Sozialpharmazie-Seminar und 1993 Seminar Arzneimittelsicherheit.

Selten war das Thema eines VDPP-Seminars am 16.10.1993 in Berlin so brandaktuell wie diesmal: nur wenige Tage vor dem Seminar hatte Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer verlauten lassen, daß das Bundesgesundheitsamt in seiner jetzigen Form aufgelöst und in sechs einzelne Institute zerlegt werden sollte. Hintergrund: Män-

gel bei der Informationsübertragung vom Amt zum Ministerium und zu lascher Umgang mit dem Thema "Arzneimittelsicherheit". Diese Ereignisse und die damit zusammenhängenden Spekulationen über die wahren Hintergründe all dieser ministeriellen Aktivitäten gaben genug Motivation für die aktive Teilnahme an den Diskussionen sowie Gesprächsstoff in den Pausen und am Abend.

Doch nicht nur das Thema war interessant genug, um erstaunlich viele Mitglieder nach Berlin zu locken; es war vor allem die gute Organisation durch Ulrich Hagemann (VDPP) und die überaus interessanten Referenten, die das Seminar zu einem erfolgreichen Erlebnis machten.

Die verschiedenen Aspekte des Wirksamkeitsnachweises für Arzneimittel, der Arzneimittelsicherheit sowie der behördlichen Kontrolle zur Sicherheitsgarantie standen im Mittelpunkt der Vorträge und Diskussionen. Das für den Nachmittag geplante Rollenspiel zur Vertiefung der vorher theoretisch behandelten Probleme mußte leider ausfallen; die Zeit reichte nicht, das komplexe Thema und die vielen Fragen im geplanten zeitlichen Rahmen zu behandeln.

In seiner Einführung stellte Ulrich Hagemann zunächst das "Netzwerk Arzneimittelsicherheit" vor. Vor der Zulassung eines Arzneimittels (in der Zeit des sog. Vormarktes) sind bereits einige Sicherheitshürden aufgebaut. So bedarf es einer Herstellungserlaubnis des pharmazeutischen Unternehmers, der das Präparat herstellt, es bedarf pharmakologischer und toxikologischer Prüfungen an Tieren oder an Alternativmodellen, und es muß in unterschiedlichen Phasen der klinischen Prüfung ein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden. Entsprechende Richtlinien, die es einzuhalten gilt (GMP, GLP, GCP), sollen für die ordnungsgemäße Durchführung der Verfahren sorgen.

Die Zulassung eines Arzneimittels ist aus rechtlicher Sicht und aus der Sicht des Sicherheitsexperten ein "Verbot mit Erlaubnisvorbehalt". Grundsätzlich sind demnach Arzneimittelherstellung und -vertrieb verboten, es sei denn, mit der Zulassung des BGA ist das Inverkehrbringen des

Arzneimittels erlaubt. Die Erlaubnis kann jedoch rückgängig gemacht oder mit Auflagen verbunden werden. Die unterschiedlichen Vertriebswege, Apotheke, Drogerien, Krankenhäuser, sowie das Heilmittelwerbegesetz, die Verschreibungsverordnungen und die Heilberufsgesetze geben den Behörden verschiedene Möglichkeiten an die Hand, das Geschehen um ein Arzneimittel unter Kontrolle zu halten. Auch in der sogenannten Nachmarktkontrolle geben sich bei der behördlichen Risikoerfassung und Risikoabwehr verschiedene Eingriffsmöglichkeiten.

Bei soviel Kontrolle mag es auf den ersten Blick unverständlich erscheinen, warum Kritiker immer wieder über die unzureichende Arzneimittelsicherheit in der Bundesrepublik klagen. Doch hier gelang es den Referenten schnell und überzeugend, Beispiele zu benennen, wo es im Überwachungssystem Defizite zu beklagen gibt.

Wirksamkeitsnachweis für Arzneimittel

Mit der Problematik der klinischen Prüfung und der Fragwürdigkeit vieler Wirksamkeitsnachweise beschäftigte sich Hermann Schulte-Sasse (VDÄÄ) im ersten Beitrag. Schon die Verwechselbarkeit der Begriffe Wirkung und Wirksamkeit führt häufig zu Problemen. Wenn für einen Arzneistoff Wirkungen auf einen Organismus nachweisbar sind, heißt das noch lange nicht, daß sich mit diesem Stoff auch eine Wirksamkeit im Sinne einer therapeutischen Verbesserung des Krankheitszustandes verbindet. Am Beispiel des Pentoxiphyllins läßt sich dies verdeutlichen: zur Erklärung der Wirksamkeit des Arzneimittels behauptete der Hersteller, Pentoxiphyllin sei in der Lage, die Gefäße zu erweitern. Nachdem eindeutig nachgewiesen werden konnte, daß genau dieser Mechanismus zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes führen würde ("steal-effect"), änderte der Hersteller seine Werbestrategie und behauptete nun, das Arzneimittel sei in der Lage, die Thrombozyten verformbarer zu machen, womit eine Verbesserung der Durchblutung erreicht werden könne. Für den Einsatz von Arzneimitteln bei Erkrankungen kommt es jedoch nicht darauf an, welche Laborparameter beeinflußt werden, sondern welche Behandlungs-

erfolge erzielt werden können - in diesem Fall die Verlängerung der Gehstrecke des Patienten.

Am Beispiel der CAST-Studie läßt sich ebenfalls zeigen, wie mit Hilfe von rein theoretischen Hypothesen Therapiestrategien beeinflußt werden. So hatte man bisher immer behauptet, Herzrhythmusstörungen müßten auf jeden Fall behandelt werden, um ein ästhetisches EKG zu produzieren. Erst nach Veröffentlichung der Ergebnisse der CAST-Studie ist klar geworden, daß damit für die Patienten keineswegs eine Verbesserung ihrer Situation erreicht wurde. Ganz im Gegenteil: bei den behandelten Personen ließ sich über einen längeren Zeitraum eine höhere Sterblichkeit feststellen als bei den nicht behandelten Personen. Diese Ergebnisse führten zu heftigen Diskussionen und zu der Erkenntnis, daß man wieder einmal zu schnell einer theoretischen Hypothese getraut hatte, ohne sie ausreichend zu untersuchen und zu hinterfragen. Den Erkenntnisgewinn verhinderten auch die Vorstellungen, es sei einer Kontrollgruppe aus ethischen Gründen eine Placebo-Behandlung nicht zuzumuten.

Es lassen sich weitere Beispiele dafür finden, wie Hypothesen geradezu gierig als Wahrheit verbreitet und angenommen werden, ohne die nötige Kritikfähigkeit zu behalten. In diesem Zusammenhang stellte Schulte Sasse auch die "Therapierituale" vieler Ärzte, die in Situationen, die keiner Therapiemöglichkeit zugänglich sind, nicht auf die Verordnung eines Arzneimittels verzichten möchten - sei es zur Ökonomisierung der Praxis (um mit einem Arzneimittel den Patienten schnell zu befriedigen), sei es zur Verdrängung ihrer Hilflosigkeit.

Anhand der Therapie des erhöhten Blutdrucks kann man ebenfalls erkennen, wie schnell Wirkung und Wirksamkeit miteinander vermischt werden. Zur Senkung des Parameters Blutdruck werden Arzneimittel eingesetzt; es wird postuliert, damit sei auch eine Lebensverlängerung und Verbesserung der Lebensqualität erreichbar. Es liegen aber bisher nur für Diuretika und für bestimmte Betablocker entsprechende Nachweise vor. Nicht sicher ist, ob es tatsächlich die Diurese ist, die den therapeutischen Effekt auslöst. Bei

Ca-Antagonisten sowie bei ACE-Hemmern fehlt bis heute der sichere Nachweis, daß mit ihnen eben nicht nur der Blutdruck gesenkt wird, sondern auch eine Lebensverlängerung erreicht werden kann. Von Pharmareferenten wird auf eine saubere Trennung von gesichertem therapeutischen Effekt und "Arzneimittelwirkung" bewußt verzichtet, um somit eine logische Verknüpfung herzustellen und dem Arzt die Sicherheit zu geben, er bewege sich bei seiner Therapie auf wissenschaftlich sicherem Boden.

Schulte-Sasse kritisierte in seinem Vortrag auch die Aussagen über Risikofaktoren bei langfristigen Untersuchungen. Je länger eine Studie dauere, desto schwieriger sei die Aussage zu treffen, daß ein ganz bestimmter Parameter (z.B. Verbesserung der Blutfettwerte) einen bestimmten Gesundheitszustand positiv oder negativ beeinflussen könne. Er schlug vor, auf den Begriff Risikofaktor zugunsten des Begriffs Risikoindikator zu verzichten, denn mehr als ein Hinweis sei mit solchen Untersuchungen nicht zu erreichen.

Um die Wirksamkeit von Arzneimitteln richtig beurteilen zu können, sei es, so Schulte-Sasse, zudem notwendig, klinische Studien richtig zu lesen. Denn es komme durchaus vor, daß Autoren ihre Ergebnisse mit allerlei Tricks ins rechte Licht zu rücken versuchten. Die Helsinki-Studie über Gemfibrozil habe dies nochmals sehr deutlich gemacht. In diesem Zusammenhang verwies er auf zwei Veröffentlichungen, die sich mit dieser Problematik beschäftigen: Mc Cormick /Skra-banek, Torheiten und Trugschlüsse in der Medizin, Kirchheim Verlag und Herbert Immich, Wie beurteilt man die Qualität einer Doppelblindstudie?, In: Pharmazeutische Zeitung, 131 (1986), 2180-2184 (§ 40, I, Nr. 37). Notwendig sei es, darauf zu achten, ob eine neue Substanz mit einer bisherigen Standardtherapie verglichen werde. Diese und negativ ausgefallene Studien würden oftmals geheim gehalten. Es sei zu fordern, daß in Zukunft alle durchgeführten Studien zu veröffentlichen seien. Allerdings sei es in Deutschland verboten, eine vergleichende Studie aus der Hand zu geben, wenn als Vergleichssubstanz ein Arzneimittel genommen wurde, daß es nur einmal auf dem deutschen Markt gebe.

Ein besonderes Problem ergebe sich aus der Tatsache, daß ein homogenes zu untersuchendes Kollektiv zu fordern sei. Weil dies dazu führe, daß meist nur Männer in einem bestimmten Alter mit einem bestimmten Gewicht in die Untersuchung genommen würden, fehlten entsprechende Untersuchungen für andere Kollektive (z.B. für Frauen, Alte, Kinder, Schwarze usw.).

Ein weiteres Problem bei der klinischen Prüfung sei die Zusammensetzung der Ethik-Kommissionen. Ihre Mitglieder können einerseits nicht immer objektiv genug urteilen, da sie mitunter eines Tages selbst von einer Ethik-Kommission beurteilt werden. Andererseits gebe es einen Schleier um diese Kommissionen, deren Zusammensetzung der Öffentlichkeit oder den Behörden nicht mitgeteilt werden muß.

In seinem Schlußwort plädierte Schulte-Sasse für eine neue Ehrlichkeit in der klinischen Prüfung. Dazu gehöre die notwendige Kritikfähigkeit und Transparenz auf allen Ebenen, aber vor allem das Eingeständnis, daß eine kausale Therapie nur äußerst selten möglich sei.

Überwachung der Arzneimittelsicherheit.

Welche Behörde vor und nach der Zulassung eines Arzneimittels für die Überwachung der Arzneimittelsicherheit zuständig ist und welche Defizite hier zu beklagen sind, war das Thema des zweiten Beitrages, vorgetragen von Gerd Glaeske (VDPP). Ins Zentrum seiner Betrachtung stellte er die Defizite bei der Überwachung der klinischen Prüfung und der Nachmarktkontrolle.

So habe der pharmazeutische Hersteller die Ergebnisse seiner pharmakologischen und toxikologischen Prüfung beim BGA nur zu hinterlegen. Es sei aber auch eine behördliche Bewertung des Studienmaterials zu fordern. Dem BGA komme in dieser Phase lediglich die Aufgabe einer Registrierstelle zu.

Zudem werde zur Zeit in den Phasen II und III der klinischen Prüfung eine viel zu geringe Zahl von Probanden gefordert. Um eine unerwünschte Arzneimittelwirkung zu erkennen, die bei einem von tausend Fällen vorkomme, brauche man

mindestens eine Zahl von 4000 Probanden. Zur Zeit werde aber nur die Zahl von 100 bis max. 1000 Probanden gefordert.

Besonders problematisch sei die Arzneimittelprüfung in der Phase IV. Hier sei eine wissenschaftliche Begleitung der Arzneimittelanwendung während der ganzen Lebenszeit eines Arzneimittels zu fordern. Allerdings habe man es heute mit Feldstudien zu tun, die nur in den seltensten Fällen wissenschaftlichen Kriterien genügen. Statt kontrollierter Studien würden die Ärzte mit Hilfe von finanziellen Vergütungen dazu angehalten, bei der Anwendung eines Mittels einen Fragebogen auszufüllen - ein Verfahren, das auch dazu diene, das Präparat im Markt zu positionieren.

Einige Probleme ergäben sich allerdings auch durch die föderalen Strukturen der Bundesrepublik. So sei die Überwachung des Geschehens vor der Zulassung eines Arzneimittels Aufgabe der Länder. Diese hätten auch die Möglichkeit, die Ergebnisse der pharmakologisch-toxikologischen Prüfungen einzusehen. Es sei jedoch besonders problematisch, daß die Länder nirgends ausreichend mit Personal bestückt seien, um die notwendigen Untersuchungen auch wirklich durchführen zu können. So prüfe niemand, ob die Ergebnisse der pharmakologisch-toxikologischen Prüfung für eine Prüfung am Menschen überhaupt vertretbar seien. Als Erschwernis komme noch hinzu, daß eine Firma nur in dem Land eine Arzneimittelprüfung anzuzeigen habe, in dem sie die klinische Prüfung durchführe, nicht aber dort, wo sie ihren Sitz habe. Dies sei dann zu verkraften, wenn die Landesbehörden wenigsten untereinander Kontakt pflegen würden, um sich gegenseitig über die laufenden Studien zu informieren.

Die genannten Probleme sowie weitere Schwachpunkte in der Überwachung führten dazu, daß nach einer Untersuchung in Nordrhein-Westfalen bis zu 8 % der Studien nicht in Krankenhäusern sondern in Arztpraxen durchgeführt würden. Nicht immer sei den Ärzten dabei klar, daß sie bei Arzneimittelschäden bei ihren Patienten nicht ausreichend abgesichert seien.

Die Möglichkeit einer besseren Kontrolle seien in kommunalen Krankenhäusern gegeben. Denn dort seien alle Angestellten verpflichtet, Nebentätigkeiten anzugeben, wozu auch die klinischen Prüfungen gehörten. Die Ärzte in konfessionellen Häusern seien dazu nicht verpflichtet.

Problematisch sei auch die geringe Aussagekraft des Paragraphen 67 des Arzneimittelgesetzes (AMG). Klinische Prüfungen seien zwar anzuzeigen, allerdings fehle die Verpflichtung, genauere Angaben über das wann und wie einer Studie zu machen, sowie den personellen Umfang zu benennen.

Weiterhin sei es äußerst unbefriedigend, daß nur die positiv verlaufenden Studien beim BGA angezeigt werden, während die negativ ausgefallenen Studien oftmals verschwiegen werden, obwohl sie sicherlich teilweise aussagekräftiger wären.

Gerd Glaeske wies auch darauf hin, daß die Länderbehörden nach der Veröffentlichung einer Negativmonographie berechtigt wären, die entsprechenden Arzneimittel auf der Steile vom Markt zu nehmen. Rechtlich seien sie dazu in der Lage, dies sei aber bisher noch nie vorgekommen. "Wenn sich im Zuge der Überwachung ergibt,

- daß die Nutzen/Risiko-Bilanz negativ und damit die Prüfungen unvertretbar sind (§ 40 I Nr. 1 AMG),
 - daß eine wirksame Einwilligung wegen mangelnder Aufklärung fehlt (§ 40 I Nr. 2 AMG),
 - daß eine dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende pharmakologisch-toxikologische Prüfung fehlt (§ 40 I Nr. 5 AMG),
 - daß kein qualifizierter Leiter der klinischen Prüfung die Prüfung leitet (§ 40 I Nr. 4 AMG),
 - daß ein dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechender Prüfplan fehlt (§ 40 I Nr. 7 a AMG)
 - und daß keine Probandenversicherung abgeschlossen ist (§ 40 I Nr. 8. AMG),
- dann muß die Überwachungsbehörde den Beginn der klinischen Prüfung oder, wenn die Prüfung bereits begonnen hat, die Fortführung der Prüfung (möglicherweise vorläufig) untersagen. Dies gilt gleichermaßen für die Phasen I bis III"
- Als Fazit seiner Ausführungen forderte Glaeske:

- bessere Kommunikation zwischen der Überwachungs- und Zulassungsbehörde, vor allem in der Vormarktkontrolle;
- besserer Informationsfluß zwischen den Landesüberwachungsbehörden;
- ausreichende Evaluierung der pharmakologisch-toxikologischen Prüfungen und des Prüfplans vor dem Beginn der klinischen Prüfung;
- Genehmigungspflicht für den Beginn der klinischen Prüfung, die sich auch auf die Prüfungsinstitutionen und den Leiter der klinischen Prüfung bezieht;
- sofortige Rückmeldungen über unerwünschte Ereignisse während der klinischen Prüfungen, die u.U. zum Abbruch der Prüfung führen können (z.B. Rückmeldungen zu obligatorisch zu konsultierenden Ethikkommissionen);
- Transparenz während der Zulassungsprozedur darüber, ob alle bislang zusammengetragenen Erkenntnisse mit den Zulassungsunterlagen vorgelegt wurden;
- institutionalisierte und kontrolliert anlaufende geplante Nebenwirkungsforschung nach der Zulassung (Post-Marketing-Surveillance)".

(Literatur: Glaeske/Greiser: Arzneimittelsicherheit und Länderüberwachung, Nomos Verlag)

"Netzwerk zur gegenseitigen Information"

Wolfgang Becker-Brüser vom arzneitelegramm stellte das Spontanerfassungsmodell für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, das "Netzwerk für gegenseitige Information", vor. Sowohl Ärzte als auch Apothekerinnen und Apotheker haben durch ihre Patientenkontakte die Möglichkeit, unerwünschte oder "unnormale" Reaktionen der Patienten auf die Einnahme von Arzneimitteln zu erkennen. Um das Nebenwirkungsprofil, vor allem das eines neuen Arzneimittels, abzusichern, müssen möglichst alle aufgetretenen "Besonderheiten" gesammelt werden.

Dabei komme es, so Becker-Brüser, darauf an, daß nicht nur Meldungen über Arzneimittel-"Störwirkungen" gemeldet würden, es sollten in dieser Hinsicht auch Implantate, Diagnostika, Phytopharmaka, medizinische Hilfsmittel, Organpräparate oder homöopathische Arzneimittel beobachtet werden.

Nach Auswertung einer speziell angelegten Untersuchung über die Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen (BREMER MODELL) konnte hochgerechnet werden, daß in Deutschland jährlich mit 80000 bis 120000 schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu rechnen ist. Unter dem Begriff schwere unerwünschte Arzneimittelwirkung werden solche Fälle verstanden, in denen es zu einer Therapieumstellung kam, ein Krankenhausaufenthalt notwendig oder verlängert wurde oder sogar ein tödlicher Ausgang zu beklagen war.

Die Spontanerfassung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen bedeutet noch nicht, daß sich daraus sofort Schlüsse ziehen lassen. Üblicherweise wird der Kausalzusammenhang zwischen der aufgetretenen Störung und dem Arzneimittel mit "gesichert", "wahrscheinlich", "möglich", "unwahrscheinlich" und "nicht beurteilbar" klassifiziert. Diese Einteilung ist jedoch unbefriedigend, zumal viele Störwirkungen durch die Beeinflussung des Immunsystems zustande kommen.

Oftmals werde von den Herstellern die Meinung vertreten, ein Zusammenhang zwischen der unerwünschten Arzneimittelwirkung und dem Präparat könne nur dann hergestellt werden, wenn ein Kausalitätsnachweis erbracht worden sei. Dem sei aber entgegenzuhalten, daß ja nicht einmal für die gewünschte Arzneimittel-Wirksamkeit ein Kausalitätsbeweis gefordert und erbracht werde. Hier reiche bereits eine Assoziation zwischen der Anwendung des Arzneimittels und dem erwünschten therapeutischen Effekt aus, um die Zulassung für dieses Präparat zu bekommen.

Am Beispiel des Präparates "Wick Medinait" läßt sich erkennen, welche Gefahrenpotentiale unerkannt bleiben, wenn Mißbrauchsanwendungen nicht erkannt und registriert werden. Immer wieder wird berichtet, daß Jugendliche dieses Präparat über einen längeren Zeitraum kaufen und einnehmen. Auf die Frage beim Hersteller, ob ihm das Mißbrauchspotential von "Wick Medinait" bekannt sei, werde regelmäßig abwinkend geantwortet.

Um die Effektivität des Spontanerfassungssystems zu verbessern, sollte auf ein sorgfältiges

Ausfüllen des Erfassungsbogens geachtet werden. Fehler in der Interpretation entstehen aber auch in der falschen Bewertung bei der Erfassung. Von einigen wenigen Auffälligkeiten kann man noch nicht auf einen unbedingten Zusammenhang schließen. Falls sich Verdachtsfälle erhärten, sollten diese über spezielle Kohortenstudien nachgeprüft werden. Optimal bei der Meldung ist die Übersendung einer Kopie des Arztberichtes, die genaue Benennung der Co-Medikation sowie die Beachtung der eventuell zusätzlich erfolgten Selbstmedikation.

Neben der Meldung an das "Netzwerk für gegenseitigen Information" sollte auch an das Bundesgesundheitsamt und an die Arzneimittelkommission des jeweiligen Heilberufes gemeldet werden. Eine Meldung an die entsprechende Firma empfehle sich nach Becker-Brüser nicht, da dort mit einem Ausfiltern der Meldungen gerechnet werden müsse. Zudem würden evtl. die anderen Erfasser der Risiken unter Druck gesetzt.

Da in der Bundesrepublik keine Meldepflicht für unerwünschte Arzneimittelwirkungen bestehe, würde die ethische Verpflichtung der Heilberufe zur Meldung zu wenig ernst genommen. Persönliche Trägheit, Angst vor Doppelmeldungen, zu geringe Anreize zur Meldung und die Fehlinterpretation einer unerwünschten Arzneimittelwirkung als Folge der Erkrankung seien mit dafür verantwortlich, daß das deutsche Meldesystem im internationalen Vergleich immer noch sehr schlecht dastehe.

Mit einem Literaturhinweis (Karch, F.E., Lasagna, L., Adverse Drug Reaction, A. critical review, in: JAMA 234 (1975), 1236 - 1341) schloß Becker-Brüser seine Ausführungen.

Ein Beispiel einer Fall-Kontrollstudie:

Frau E. Bronder stellte in ihrem Beitrag ein Beispiel einer Fall-Kontrollstudie vor. Darin sollte untersucht werden, ob der chronische Schmerzmittelmißbrauch als Risikofaktor für eine terminale Niereninsuffizienz anzusehen ist.

Fall-Kontrollstudien sind besonders nützlich zur Überprüfung einer Hypothese, die z.B. durch

Nebenwirkungsmeldungen aus Spontanerfassungssystemen aufgestellt wurden. Sie sind nicht dazu geeignet, neue und bisher unbekannt Risiken von Arzneimitteln zu entdecken.

Der Zusammenhang zwischen Schmerzmittelmißbrauch und dem Auftreten von Nierenschäden war bereits seit langem bekannt. Die Hypothese, inwieweit die Mißbrauch betreibenden Patienten später dialysepflichtig wurden, sollte mit dieser Studie näher untersucht werden. Dazu wurden zwei Patientengruppen gebildet. Die erste Gruppe bestand aus Patienten, die dialysepflichtig geworden waren. In der zweiten Gruppe, der Kontrollgruppe, befanden sich Menschen, die nicht unter terminaler Niereninsuffizienz litten. Die Untersuchung wurde mit Hilfe von standardisierten Fragebögen durchgeführt, die den Probanden mit speziell ausgebildeten Interviewern nahegebracht worden waren und ausgefüllt wurden.

Es ließ sich der Nachweis erbringen: der chronische Schmerzmittelmißbrauch (mehr als 15 Zähl-einheiten pro Monat über ein ganzes Jahr, unabhängig davon, ob Kombinationsarzneimittel oder Monopräparate eingenommen wurden) führte etwa viermal häufiger zu terminaler Niereninsuffizienz als bei den Probanden, die keine oder nur wenig Schmerzmittel eingenommen hatten.

Interessant auch das Ergebnis, daß die Erkrankung unabhängig davon auftrat, ob nun Phenacetin oder Paracetamol mißbräuchlich angewendet worden war.

Die Beimischung von Coffein zu Schmerzmitteln führe lt. E. Bronder nach bisherigen Erkenntnissen zu häufigerem Schmerzmittelmißbrauch. Die aus der Studie gewonnenen Ergebnisse konnten deshalb nur in der Forderung gipfeln, Schmerzmittelkombinationen mit Coffein vom Markt zu nehmen.

Das BGA entschloß sich aber nur zu einem halberzigen Schritt: es unterstellte die Schmerzmittelkombinationen mit Coffein, die mehr als 10 g Schmerzmittelkomponente enthielten, unter die Verschreibungspflicht. Die Forderung nach einem völligen Verbot dieser Mittel müsse deshalb weiter aufrecht erhalten bleiben, so Bronder.

Besonders eindrucksvoll und auch erschütternd war die Darstellung der Inhaltsstoff-Veränderungen, die manche Fertigarzneimittel im Laufe der Jahre erfahren hatten. Es wurden Beispiele gezeigt, bei denen es zu einer raschen Angleichung der Inhaltsstoffe an den jeweiligen "Trend" gekommen war, ohne daß diese Veränderungen für den Verbraucher - z.B. durch Namensänderungen - deutlich geworden wären.

Arzneimittelsicherheit - Erfassungssysteme

Ulrich Hagemann (VDPP) stellte in seinem Beitrag verschiedene Systeme zur Erfassung von Arzneimittelrisiken vor. Zunächst berichtete er über das "Yellow Card Systeme" aus England. Es besteht aus einem faltbaren dünnen Karton (DIN A 4-Format), das den Heilberufen zur Verfügung gestellt wird. Auf dieser Karte kann nach einem bestimmten Schema die unerwünschte Arzneimittelwirkung dokumentiert und anschließend portofrei an die zuständige Überwachungsbehörde geschickt werden. Um Risiken bei neuen Arzneimitteln möglichst schnell zu erkennen und die Aufmerksamkeit zu erhöhen, werden in England Innovationen mit einem schwarzen Dreieck gekennzeichnet.

Die Durchführung einer Kohortenstudie eignet sich für die Überprüfung eines Riskoverdachts (Hypothesenüberprüfung). Ein Risiko, was nicht allzu selten vorkommen darf, soll dabei anhand einer prospektiven Studie näher untersucht werden. Dafür werden definierte Patientengruppen zusammengestellt, die entweder das gleiche Krankheitsbild haben oder mit dem gleichen Arzneimittel behandelt wurden. Bei diesem System handelt es sich um eine systematische Kontrolle von bereits im voraus festgelegten Zielvariablen. Bisher unbekannte Risiken werden demnach nicht erfaßt. Falls es sich um eine vergleichende Studie über zwei unterschiedliche Arzneimittel handelt, kann mit Hilfe der Kohortenstudie das relative Risiko oder die Risikodifferenz abgeschätzt werden.

Mit Hilfe des "Prescription Event Monitoring (PEM)" in England versucht man, bereits seit längerem eingeführte Arzneimittel auf ihre Risiken hin zu untersuchen. Dafür werden regional

alle Arzneimittelverordnungen (Rezepte) von einem Apothekenrechenzentrum erfaßt. Über diesen Datenstamm können die Ärzte herausgefiltert werden, die die zu untersuchenden Arzneimittel verordnet haben. Diesen Ärzten wird daraufhin ein Fragebogen zugeschickt, in dem sie über die Patienten, die Therapie und über die beobachteten Ereignisse bei der Anwendung des Mittels berichten sollen. Die Responderquote liegt bei 55-75%. Dieses Verfahren eignet sich vor allem zur Früherkennung bisher unbekannter Arzneimittelnebenwirkungen.

In Deutschland sind nur die pharmazeutischen Unternehmer verpflichtet, aufgetretene unerwünschte Arzneimittelwirkungen an das BGA zu melden. Darin liegt die Gefahr, aus wirtschaftlichen Gründen bekannt gewordene Risiken nicht weiter zu melden. Zu fordern ist die Meldepflicht für die Heilberufe, da diese wirtschaftlich weitestgehend unabhängig die Bereitschaft haben sollten, Risiken an die Überwachungsbehörde zu melden. Hagemann wies darauf hin, daß in der 5. AMG-Novelle evtl. mit der Einführung der Meldepflicht für Ärzte gerechnet werden könne.

Zur Zeit werden die meisten unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln dem BGA von den pharmazeutischen Unternehmen übermittelt, nur 10-15% kommen von der Arzneimittelkommission der Ärzte, noch viel weniger von den Apothekern. In der Zeit zwischen 1990 und 1992 bewegte sich die Anzahl der jährlichen Meldungen zwischen 20 000 und 30 000.

Hagemann erläuterte im folgenden die einzelnen Stufen im vom AMG vorgesehenen Stufenplan. Mit Hilfe des Stufenplans haben BGA und pharmazeutische Industrie die Möglichkeit, nach einem ganz bestimmten gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren aufgetretene Arzneimittelrisiken zu bewerten und entsprechend notwendig werdende Maßnahmen durchzuführen. In diesem Zusammenhang wies er auf die verschiedenen Möglichkeiten für die pharmazeutischen Unternehmer hin, mit Hilfe von Rechtsmitteln und nicht immer sachgerechten Entscheidungen der Gerichte die Maßnahmen des BGA zu unterlaufen. Dies sei besonders kraß beim Fall Arumalon deutlich geworden. Mit Hilfe einer Klage gegen den sofort-

tigen Vollzug einer BGA-Maßnahme hatte die pharmazeutische Firma geklagt und sich vor dem Oberverwaltungsgericht durchgesetzt. Dies führte dazu, daß ein offensichtlich risikobehaftetes Arzneimittel ohne große therapeutische Nützlichkeit auch nach Aktivitäten des BGA weiter vertrieben werden durfte.

Mit diesem Referat endete die gut besuchte, hervorragend organisierte, in liebevoller Umgebung durchgeführte und unter reger Beteiligung der Anwesenden aufgelockerte höchst informative Veranstaltung.

Es ist wohl nicht übertrieben zu sagen, daß dieses Seminar ein Glanzpunkt im Vereinsleben dieses Jahres war. Möge vielleicht dem einen oder anderen das Thema zunächst sehr nüchtern erschienen sein, nach dem Seminar war klar geworden, wieviel Facetten das Thema hat und welche Defizite im deutschen Arzneimittelrecht und dessen Umsetzung zu beklagen sind.

DRINGEND!!!

Alle, die ihren Mitgliedsbeitrag für 1993
noch nicht bezahlt haben,
mögen dies bitte schnellstens nachholen!

DRINGEND!!!

Ingeborg Simon

Apothekertag '93

- als Schauspiel in drei Akten
mit Nachtrag

1. Akt

Dr. Pieck trägt den Geschäftsbericht der ABDA vor. Selbstkritisch wird hier eingeräumt, daß es dem Deutschen Apothekerverband nicht gelungen ist, im Rahmenvertrag vom Juli '93 Qualitätsgesichtspunkte bei der Arzneimittelauswahl zu verankern. Dieses Eingeständnis ist deshalb bemerkenswert, weil der Verhandlungsführer des DAV - sein Vizepräsident Wolf - eben dieses noch in einem Interview mit der Pharmazeutischen Zeitung (PZ Nr.26/93) ausdrücklich bestritten hatte.

2. Akt

Hektische Betriebsamkeit, unruhige Journalisten, dann Blitzlichtgewitter im Saal: Seehofer ante portas! Der von Pieck als "Väterchen Frost" angekündigte Seehofer mutiert in Kürze zum Riesen Gulliver, der unter die Zwerge gefallen ist. Diese mühen sich redlich (aber vergeblich), ihn zu binden, zu fesseln, festzunageln. Seehofer nimmt alles locker lächelnd (man merkt ihm den Streß um BGA und HIV-Seuche nicht an), ignoriert die Eingangsfrage des Moderators, stochert im Wespennest, greift jedes glühende Eisen beherzt an. Er zeigt ungeniert die "Peitsche":

- der Mehrwertsteuersatz wird nicht gesenkt
- der Krankenkassenrabatt bleibt
- Arzneimittelpreissenkungen werden nicht rückgängig gemacht

- es muß noch mehr zugunsten der Kassen eingespart werden

- Arbeitslosigkeit muß in Kauf genommen werden
- die Krankenkassen sind nicht dazu da, die Apotheken zu ernähren

und er wirft mit "Zuckerstückchen":

- der Apotheker ist der Arzneimittelfachmann
- der Apotheker soll das Arzneimittel auswählen
- die Selbstmedikation wird ausgeweitet
- Videos und Bücher in der Apotheke - warum nicht?

Er läßt den Moderator der Podiumsdiskussion kaum zu Wort kommen, beherrscht das Geschehen und verläßt das Podium nach drei Stunden als Sieger nach Punkten - unter dem Beifall derer, die vorher über ihn schimpften und es danach wohl weiter tun werden. Neues ist dabei nicht rübergekommen, aber der Apothekertag hat seine Show: "Seehofer was here!"

3. Akt

Die Funktion des Apothekers in einem sich wandelnden Gesundheitswesen: eine Darbietung in vier Bildern.

1. Bild: Auswahl durch den Apotheker/Honorierungssysteme

Erstaunlich hier der Versuch, der Monetik zugunsten der Ethik ein Stück weit zu entsagen durch eine von der Höhe des Preises unabhängige Honorierung und Auswahl des Arzneimittels. Hier wird Opferbereitschaft signalisiert und die Rolle des Arzneimittelexperten unterstrichen. Unverständlich bleibt mir allerdings der mit Hartnäckigkeit verfolgte Wunsch auf das Recht, über die Auswahl eines Medikamentes die alleinige Entscheidungsbefugnis zu erlangen. Offenbar glaubt die ABDA, den Apotheker damit von seiner "Fremdbestimmung" durch den Arzt zu befreien. Ich halte diesen Anspruch, der fast zu einer Schicksalsfrage wird, für überzogen und total überbewertet - und das mache ich auch in der Diskussion deutlich. Mit diesem Alleinanspruch auf Auswahl ist die Konfrontation mit den Ärzten zu einem Zeitpunkt vorprogrammiert, wo Kooperation und Aufeinanderzugehen dringend erforderlich wären.

Daß letzteres auch auf Seiten der Landespolitik gewünscht wird, zeigen Vorschläge zur gemeinsamen Erarbeitung regionaler Positivlisten (Rai-

ner Braun - ABDA) und die Idee, in regionalen Qualitätszirkeln zusammenzuarbeiten (Klaus Brauer - DAZ). Nüchtern betrachtet reduziert sich Arzneimittelauswahl in der Apotheke letztlich auf Knopfdruck und Abrufen der programmierten Entscheidung. Hier bedarf es weniger der individuellen Qualifikation denn einer kollektiv finanzierten Datenbank. Im übrigen übersehen die glühenden Verfechter der apothekerlichen Auswahl, daß die vom erstwählenden Apotheker getroffene Entscheidung dann per Chipkarte oder Arzneimittelpaß als "verordnet" an den nächsten Kollegen gelangt, der dann wieder "fremdbestimmt" abgeben muß, will er die auch von uns gewollte Kontinuität in der Behandlung mit einem Mittel nicht unterbrechen. Zu der leidigen Diskussion des Auswahlprivilegs, auf deren guten Ausgang viele hoffen - und Seehofer hat ihnen hier seine Unterstützung zugesagt - möchte ich einen wohlgemeinten Rat in Erinnerung rufen, den der Festredner des diesjährigen Apothekertages, Professor Junginger aus den Niederlanden, am Vortag der Hauptversammlung gab: Betrachten Sie sich und die Ärzte als Arzneimittelfachleute!

2.Bild: Selbstbeteiligungssysteme

Erfreulich finde ich es, einmal von einem offiziellen Vertreter der ABDA - hier Franz-Jakob Kirsch - neue Töne zum Thema Selbstbeteiligung zu hören. Endlich ist da einer, der jeder bisher praktizierten Form einer Zuzahlung die "soziale Verträglichkeit" abspricht und ihre Tauglichkeit als Steuerungsinstrument anzweifelt. Früher verfiel die ABDA bei diesem Thema immer nur ins Lamentieren: wenn der Patient bei uns zuzahlen muß, dann bitte schön auch bei den anderen, vor allem bei den Ärzten! Auch glatt und rund soll die Zuzahlung sein. Der Patient als soziales Wesen kam da nie zum Zuge. Durch eine Panne in der Diskussionsleitung (nicht die einzige übrigens) kommen die zum Thema vorliegenden Anträge nicht zur Abstimmung. Man hat sich im Gestrüpp der Geschäftsordnung verheddert, so daß nichts mehr geht.

3.Bild: Selbstmedikation

Wie die Puppe Olympia aus "Hoffmanns Erzählungen" steht die aufgezogene Berichterstatterin auf dem Podium. Ohne Punkt und Komma skandiert sie in rasendem Tempo das ABDA-Glau-

bensbekenntnis zur Selbstmedikation: von der Eigenverantwortlichkeit des mündigen Bürgers bis zur hohen Verantwortung des Arzneimittelfachmannes. Daß auch mal ein kritisches Abraten sein muß, wird in einem Nebensatz angemerkt, geht aber in der barocken Hymne an die Selbstmedikation als Medium pharmazeutischer Selbstverwirklichung unter. Am Schluß tosender Beifall für die Referentin und ihre mit Allgemeinplätzen gespickten unkritischen Auslassungen. Daß die Selbstmedikation mehr und mehr dafür erhalten muß, Umsatzrückgänge im "ethischen" Bereich wenigstens teilweise zu kompensieren, wird an zwei problematischen Abstimmungsergebnissen zu diesem Thema deutlich, die - jedes auf seine Weise - den Wunsch nach Abbau von Hindernissen in der Selbstmedikation bekräftigen. Mit großer Mehrheit angenommen wird ein Antrag zur deutlichen Ausweitung der "Freidosenregelung", z.B. für die Wirkstoffe Diclofenac, Metoclopramid und Cortison (Benzodiazepine werden diesmal nicht bemüht). Meine Einwände - sie sind diesmal die einer einsamen Ruferin in der Wüste - bleiben ohne Resonanz. Mit großer Mehrheit abgelehnt wird unser Antrag gegen die geplante Streichung der im §4 HWG verlangten Mindestinformation für den Verbraucher in der Laienwerbung der Printmedien. Fazit dieser beiden Abstimmungsergebnisse für mich: hier propagiert die Hauptversammlung deutscher Apotheker, die alle Arzneimittelfachleute sein wollen, die Freigabe pharmakologisch stark wirksamer Arzneistoffe bei gleichzeitiger Unterdrückung der hier besonders notwendigen Aufklärung der Verbraucher über unerwünschte Wirkungen und Kontraindikationen durch die Werbung. Kleiner Lichtblick: unsere Forderung nach Positivlisten aus Apothekerhand für die Selbstmedikation wird - wenn auch in entschärfter Version, denn das Wort Positivliste muß weichen - angenommen, so daß hier die Chance besteht, zumindest ein paar qualitätsorientierende Korsettstangen in die Abgabepaxis des OTC-Marktes einzuziehen.

4.Bild: Apothekendienstleistungen

Kernaussagen des Berichterstatters Funke (Kammerpräsident in Hessen): nur mit gesundheitsbezogenen Dienstleistungen, für die aufgrund des gewachsenen Gesundheitsbewußtseins ein wachsender Markt da ist, wird in Zukunft noch

Geld zu verdienen sein. Dienstleistungen dieser Art sind über Arzneimittel allein nicht abzudecken. Jede Apotheke soll ihre Chance nutzen, neben sog. Grundleistungen ein eigenes maßgeschneidertes Dienstleistungspäckchen anzubieten mit der Möglichkeit, dieses dann auch nach draußen bekannt zu machen (das Wort Werbung wird gemieden). Wie dann im Verlauf seiner weiteren Ausführungen deutlich wird, steckt hinter seiner scheinbar harmlosen Frage "Warum braucht eine Apotheke, die sich auf Impfberatung und Reisetips spezialisiert, ein Labor?" die "Vision" einer anderen Apotheke ("Spezialapotheke"). Nach Funke wird es den "universellen Arzneimittelhersteller" zukünftig nicht mehr geben können, lediglich "Grundanforderungen an den Arzneimittelfachmann" sollen erhalten bleiben. Funkes konkreter Vorschlag, Rezeptur- und Laborleistungen zu "Kann-Angeboten" zu machen, zeigt, daß er die originären, d.h. von niemandem sonst reklamierten pharmazeutischen Tätigkeiten - die Prüfung und Herstellung von Arzneimitteln - nicht als "Grundanforderung" betrachtet und damit zur Disposition stellt. Wenn man bedenkt, daß die "Dienstleistung Rezeptur" sehr schlecht honoriert wird, kann man sich gut vorstellen, daß sie in der "Spezialapotheke" der Zukunft dann eher zu den Raritäten unter den Dienstleistungsangeboten zählen wird. Das wird manch einen Patienten auf der Suche nach einer passenden Apotheke zur Verzweiflung bringen. Funkes zweifelhafter "Mut zur Lücke" wirft berechnete Fragen nach der Vereinbarkeit seiner "Vision" mit unserem gesetzlichen Auftrag einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung auf. Ganz offenbar handelt es sich hier um Strategien für den ins Haus stehenden verschärften Wettbewerb auf der Anbieterseite, in dem eine salbenrührende, teemischende Apotheke mit regional begründbarer Eigenherstellung zum Anachronismus wird.

In der Diskussion um die "Spezialapotheke" entsteht der von Niedersachsen eingebrachte Initiativantrag, der die Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln zu "unverzichtbaren Grundpfeilern der deutschen Apotheke" erklärt und jede Überlegung, die darauf gerichtet ist, auf die dazu notwendigen Voraussetzungen zu verzichten, zurückweist. Wer diesen (angenommenen) Antrag in Unkenntnis der von Funke provozierten

Diskussion in der Fachpresse liest, muß sich sehr wundern, daß über derartige Selbstverständlichkeiten abgestimmt werden muß. Der von der DAZ zum "Visionär" gekürte Kammerpräsident erscheint mir eher wie ein zu spät eingeführtes Genericum, dessen Original aus der Gruppe des LBA schon lange vor ihm - auf mehrerer Apothekertagen - eine Dienstleistungsapotheke propagiert hat ("Haus der Gesundheit"), damit aber immer am Widerstand der ABDA und der um sie gescharten Delegierten scheiterte. Meine weder nostalgisch noch konservativ begründete Meinung: Es wäre sicher sinnvoll, die Verpflichtung zur Prüfung und Herstellung von Arzneimitteln für die einzelne Apotheke neu zu überdenken, allerdings unter der Voraussetzung, daß die sich daraus ergebenden Dienstleistungen für den Patienten, z.B. die Annahme einer Rezeptur, von jeder Apotheke angeboten werden. Leicht organisierbar wäre das über Formen von Arbeitsteilung, die allerdings kollektive Formen der Zu- und Zusammenarbeit voraussetzen. Dies scheint in einem auf Wettbewerb aufbauenden System schwer realisierbar.

Nachtrag

1. Aus Zeitgründen können nicht alle Anträge behandelt werden. Sie müssen an die ABDA-Gremien zur Beschlußfassung überwiesen werden. Das trifft auch unseren Antrag zur Transparenz der Zusammensetzung der Hauptversammlung, der - so einige Optimisten - diesmal eine reale Chance auf Annahme gehabt haben soll. Mit der Überlassung an die ABDA dürfte sein Schicksal besiegelt sein. Ich denke, wir sollten für den nächsten Apothekertag - zusammen mit diesem Antrag - die Zusammensetzung der Hauptversammlung bekannt machen. Es dürfte nicht allzu schwer sein, von den Kolleginnen, die diesem Antrag zugestimmt hätten und die sich auf viele Bundesländer verteilen, die dafür notwendigen Daten zu erhalten. Das gibt uns dann die Gelegenheit, die unliebsame Wahrheit im Zusammenhang mit dem Antrag genüßlich zu kommentieren.

2. Es mag im Nachhinein tröstlich sein, daß unser Frauen-Quoten-Antrag wegen einer fehlenden Stimme gar nicht erst in den Genuß kommt, Antrag zu werden. So bleibt ihm nämlich das

Schicksal erspart, von der Männerriege der AB-DA inkompetent diskutiert und abgeschmettert zu werden.

3. Drei Tage nach dem Apothekertag ruft der Hessische Apothekerverband zu einer Informationsveranstaltung auf. Hier beklagt dessen Vorsitzender Verlauf und Ergebnis des Apotheker-

tages und droht für die Zukunft den möglichen Ausstieg aus solchen Veranstaltungen an, "um künftig eigene Wege zu gehen".

Vielleicht soll hier der Aufstand geprobt werden. Er käme dann allerdings von der falschen Seite!

Wie arg es zugeht auf der Welt
wird auf Kongressen festgestellt.
Man trinkt, man tanzt, man redet froh,
und alles bleibt beim status quo.

Erich Mühsam

Pharmaziehistorische Biennale Apotheker und Arzt

Die Landesgruppe Südbaden der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie und das Deutsche Medizinhistorische Museum Ingolstadt sind die Organisatoren der Pharmaziehistorischen Biennale vom 6. bis 8. Mai 1994 in Ingolstadt, die unter dem Motto »Apotheker und Arzt - Zum Verhältnis der beiden Heilberufe« steht.

Vortragsanmeldungen (20 Minuten) mit einer Kurzfassung (30 Zeilen) werden erbeten an: Professor Dr. Dr. Christa Habrich, Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie, Landesgruppe Südbayern, % Deutsches Medizinhistorisches Museum, Anatomiestraße 18-20, 85049 Ingolstadt.

?2 Nr 44 4 11 93 □

Vorstandssitzung am 29.8.93 in Kassel

TeilnehmerInnen: Hanne Lederer, Elfriede Kern, Thomas Hammer, Udo Puteanus, Christine Szlachcic, Christl Trischler, und als Gast Dorothea Hofferberth.

Tagesordnung:

1. Wahl von TagungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Protokoll der Vorstandssitzung vom 4.7.93 in Kassel
3. Bericht des geschäftsführenden Vorstands
4. Berichte aus den Regionen
5. Kassenbericht
6. Einbindung der regionalen Ansprechpartner in die Vereinsarbeit u. Verstärkung der Zusammenarbeit mit dem Vorstand
7. Öffentlichkeitsarbeit und Kontakte zu anderen Gruppen
8. Vereinsaktivitäten 1993/94 (MV, Seminare)
9. Anträge zum Apothekertag 1993
10. Verschiedenes

Die Tagesordnung wird um 2 Punkte erweitert.:

- 5a. Neues zur Apo.Betr.O.
- 5b. Info über einen Gesetzentwurf zur Änderung des Btm-Gesetzes

Die Tagesordnung wird angenommen.

TOP 1:

Tagungsleitung: Thomas Hammer
Protokoll: Christl Trischler

TOP 2:

Im Protokoll zur Vorstandssitzung vom 4.7.93 wird Punkt 4 geändert. Es heißt jetzt: Zeichnungsberechtigt für das VDPP-Konto sind Gudrun Meyburg, Thomas Hammer, Christa Augustin und Christine Szlachcic.

Das Protokoll vom 4.7.93 wird genehmigt.

TOP 3:

Bericht des geschäftsführenden Vorstandes:
Thomas Hammer berichtet:

A) Aus der Geschäftsstelle:

a) Die Eintragung der Mitglieder des geschäftsführenden Vorstandes beim Amtsgericht ist erfolgt.

b) Der Mitgliederstand blieb unverändert.
(1 Austritt, 1 Eintritt).

c) Gudrun Meyburg muß vermutlich für Ihre Tätigkeit beim VDPP die Lohnsteuerpauschale nachbezahlen. Ihre Bezüge gelten nur dann als nicht lohnsteuerpflichtige Aufwandsentschädigungen, wenn der Verein durch öffentliche Mittel unterstützt wird. Die Nachzahlung und die zukünftig zu zahlende Lohnsteuerpauschale müßte der VDPP übernehmen. Gudrun Meyburg wird das zunächst mit ihrem Steuerberater klären.

B) Kontakte nach außen:

a) Ein Gespräch mit dem Münchner Koordinationsbüro "Kein Patent auf Leben" ergab, daß der VDPP wie auch andere Unterstützer des Einspruchs gegen die Patentierung der Krebsmaus irrtümlich nicht beim Europäischen Patentamt benannt wurden. Das Koordinationsbüro sichterte uns allerdings zu, daß der VDPP beim Europäischen Patentamt nachträglich als Unterstützer benannt wird. Dies sei rechtlich möglich.

b) Zur Ärzteinitiative von terre des hommes, die zu einem Pharmareferenten-Boykott der Firmen Asta Medica und Merck wegen deren verantwortungsloser Arzneimittelpolitik in einigen Ländern der Dritten Welt aufrufen, wurde Kontakt aufgenommen, um über weitere Aktionen dieser Initiative informiert zu werden. Daraufhin wurde der VDPP zum nächsten Treffen der Ärzteinitiative im September in Frankfurt/M. eingeladen. Eine Selbstdarstellung der Ärzteinitiative soll im Rundbrief erscheinen.

c) " Nexus ": Die Organisation wurde im letzten Rundbrief vorgestellt. Diese Gruppe bittet uns um Arzneimittelspenden. Wir werden diese Bitte an in Frage kommende Apotheken weitergeben.

d) " Gesundere Zukunft für Hamburg ": Thomas Hammer wird an einem Treffen dieser Gesundheitskonferenz teilnehmen.

C) Kontakte von außen:

a) Reaktion auf den offenen Brief über Ausländerfeindlichkeit an die Apothekerkammern: 4 Kammern (Hessen, Westfalen-Lippe, Sachsen-Anhalt und Hamburg) haben auf das Schreiben geantwortet. Da die Hamburger Kammer nichts gegen einen Ausländerbeauftragten einzuwenden hätte, falls er von der Kammerversammlung gewünscht würde, wird die Hamburger Regionalgruppe einen entsprechenden Antrag auf der nächsten Kammerversammlung stellen.

b) In der " Frankfurter Rundschau " erschien ein Artikel über die Fleming - Apotheke in Hamburg. Die " Stiftung Mitarbeit " und einige Ärzte und Apotheken haben sich daraufhin gemeldet und wurden über den VDPP informiert.

c) Am BVA-Treffen in Hannover " Wege in die Zukunft " nahmen Dorothea Hofferberth, Udo Puteanus und Thomas Hammer teil. In einer sehr offenen Atmosphäre wurden unsere Anträge zum Apothekertag 93 vorgestellt und diskutiert. Die BVA - Delegierten werden 4 unserer Anträge unterstützen (s. TOP 9).

d) Trotz Versuchen unsererseits nicht zustandegeworden sind Kontakte zu VESA. Gudrun

Hahn, Christine Szlachcic und Elfriede Kern werden nochmals nachfragen.

TOP 4: Berichte aus den Regionen:

a) Württemberg: Hanne Lederer wird Eugen Eschenlohr zu einem unserer nächsten Vorstandssitzungen einladen. Thema : Gentechnologie.

b) Bayern: Die Regensburger Gruppe trifft sich regelmäßig.

c) Hessen: Christine Szlachcic wird Birgit Draeger zum Frauenseminar im Frühjahr 94 einladen. Thema: Heilkundige Frauen. Franz Kirchner wünscht sich mehr Öffentlichkeit. Nach dem Apothekertag ist ein Treffen geplant.

d) Niedersachsen: Geplant ist ein Treffen im Herbst. Problem: zu große Entfernungen.

e) Hamburg: In Hamburg finden regelmäßig Treffen mit ca. 10 Personen statt. Die Änderungsvorschläge des Vorstandes zur Apo.Betr.O wurden recht kontrovers diskutiert. Ein Gegenvorschlag einiger Teilnehmer des Treffens soll eventuell im Rundbrief erscheinen.

TOP 5: Kassenbericht:

a) Gudrun Meyburg übersandte Christine Szlachcic Kopien des Kassenbuches für den Zeitraum Mai 93 bis Ende Juli 93. Es ergaben sich keine Unstimmigkeiten. Ausgaben für den Rundbrief und Beiträge waren die einzigen Kontobewegungen.

b) 5000.- DM wurden bei der Ökobank fest angelegt.

c) Größere Beträge als 800.- DM können nur durch 2 Zeichnungsberechtigte abgehoben werden.

TOP 5a: Apo.Betr.O: Unser Entwurf wurde rechtzeitig abgeschickt. Falls als nächstes dazu eine Anhörung erfolgen sollte, wird Udo Puteanus damit beauftragt, den Standpunkt des VDPP dort zu vertreten.

TOP 5b: Gesetzentwurf des Bundesrates zur Änderung des BTM-Gesetzes: Hanne Lederer berichtete darüber. U.a. soll in Zukunft die Einfuhr, der Erwerb und die Verabreichung von Heroin erlaubt werden, um damit auch "Heroin"-Programme für Drogenabhängige ähnlich den Methadonprogrammen zu ermöglichen. (Gesetzentwurf inzwischen abgelehnt)

TOP 6:

Alle Regionalgruppen werden wie bisher auch zu den Vorstandssitzungen eingeladen. In Zukunft wird zusätzlich an alle regionalen Kontaktpersonen auch die Tagesordnung verschickt.

TOP 7:

a) Öffentlichkeitsarbeit:

Der Entwurf zum neuen Faltpapier liegt vor. Er soll auf Umweltpapier gedruckt werden. Die blaue Farbe soll beibehalten werden. Gedruckt werden zunächst ca. 2000 Exemplare (abhängig vom Preis evtl. mehr). Der Text muß nochmal korrigiert werden. Hanne Lederer wird das klären. Der Rundbrief Nr. 20 wird in doppelter Ausführung geliefert werden. In einem Beiblatt wird gebeten, das 2. Exemplar an geeignete Interessenten weiter zugeben. Außerdem soll der Rundbrief beim Apothekertag ausgelegt werden. Das noch fehlende Grußwort des Vorstands wird von Hanne Lederer geschrieben.

Schwerpunkt im Rundbrief Nr. 21 soll die Ausbildung sein. Von diesem Rundbrief sollen dann jeweils 10 Exemplare zusammen mit 10 Faltpapieren und einem Begleitbrief an alle Fachschaften gehen. Christine Szlachcic und Elfriede Kern wollen die Fachschaft in Münster und in Regensburg jeweils um ein Statement bitten.

b) Kontakte zu anderen Gruppen:

Der Bund demokratischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler hat uns ein Diskussionspapier zur Bildung eines Netzwerks zugesandt. Die Diskussion darüber wird auf die nächste Vorstandssitzung verschoben.

TOP 8: Vereinsaktivitäten und Seminare:

a) Für das Seminar "Arzneimittelsicherheit" haben sich bereits 15 Personen angemeldet. Das Seminar soll in der PZ und der DAZ angekündigt werden.

b) Das Frauenseminar findet vermutlich wieder in Kaufungen statt. Vorgesehener Termin: 9./10. 4. 94. Näheres dazu im Rundbrief Nr. 21.

c) Der Termin für die Mitgliederversammlung 1994 steht fest: 17. - 19. 6.94 in Hamburg. Es gilt 5 Jahre VDPP zu feiern. Bei der nächsten Vorstandssitzung soll überlegt werden, wer einen Festvortrag halten könnte.

TOP 9: Anträge zum Apothekertag:

a) Antrag zur Offenlegung des Status und der Funktion der Delegierten.

b) Antrag zur paritätischen Besetzung aller Gremien mit Frauen und Männern

c) Antrag zur Erstellung einer Empfehlungsliste für den Bereich Selbstmedikation.

d) Antrag zur 5. Novellierung des AMG: Rücknahme der Streichung der im 4. Heilmittelwerbegesetz vorgesehenen Pflichtangaben in der Laienwerbung.

Für einen 5. Antrag, in dem ein Verbot der Laienwerbung gefordert wird, fanden sich bis jetzt nicht genügend Delegierte. Dieser Antrag wurde bereits 1985 u. 1986 eingebracht und auch angenommen. Es ist unklar, was daraufhin von der ABDA unternommen wurde. Die Sachlage hierzu soll mit Ingeborg Simon geklärt werden.

TOP 10: Verschiedenes:

a) Neuer Termin für die Vorstandssitzung: 11./12.12.93 in Hamburg. Thema: Zusammenarbeit Apotheken und Krankenkassen.

b) Beim Apothekertag 1991 in Berlin versprach die ABDA ein Mahnmal für jüdische Apotheker (in Eschborn vor dem Apothekerhaus). Christl Trischler will klären, ob das Mahnmal schon existiert.

c) Gruß an Christa Augustin. Sie konnte aus sehr privaten Gründen nicht an der Vorstandssitzung teilnehmen.

d) Das Problem der Honorierung der beratenden Tätigkeit in den Apotheken wird zur Zeit von verschiedenen standespolitischen Gruppen angegangen. Das Thema soll bei der nächsten Vorstandssitzung diskutiert werden.

e) " Impfung gegen Schwangerschaft" eine Studie der BUKO PHARMA KAMPAGNE, Autorin J. Richter. Christine Szlachcic will Kontakt zu J. Richter aufnehmen, um sie zu einem Vortrag zu gewinnen.

Der Vorstand des VDÄÄ wurde neu gewählt

Vom 25. bis 26. Sept. 1993 fand die Jahreshauptversammlung des VDÄÄ in Frankfurt statt, bei der neben den Neuwahlen des Vorstandes das Gesundheitsstrukturgesetz zur Diskussion stand, an der auch eine Vielzahl von StudentIN-Nen teilnahmen, die hinsichtlich ihrer Berufsperspektiven in besonderer Weise durch die neuen gesetzlichen Bestimmungen verunsichert sind.

Der bisherige Vorstand:

Dr. Winfried Beck, Vorsitzender
Frankfurt, niedergelassener Orthopäde

Dr. Helga Lemme, stellv. Vorsitzende
Leipzig, Ärztin im Gesundheitsamt

Dr. Hermann Schulte-Sasse, stellv. Vorsitzender
München, Gesundheitsdezernent der Stadt München

wurde einstimmig für die vergangene Amtsperiode von 2 Jahren entlastet und für weitere 2 Jahre gewählt.

Frauenseminar des VDPP 1994

Vorankündigung

Zum 4. Mal soll in ungebrochener Tradition das Frauentreffen des VDPP stattfinden. Es wird uns diesmal schwerpunktmäßig in frühe Epochen der Frauengeschichte führen. Mit gewohntem Schwung werden wir auch diese ganz aktuell auswerten.

Ort/ Termin (fest:) 8.4. - 10.4.1994: Kassel
(Kaufungen war leider schon belegt)

Themenkomplex 1: Heilkundige Frauen

Vorträge:

Gabi Belsswanger: Hildegard von Bingen.

Birgit Dräger und Mechthild Ostendorf: "Mit Hexen haben wir nichts zu tun!
- Stehen Ärztinnen und Naturwissenschaftlerinnen heute in der Tradition der Hexen und Weisen Frauen?"

Christl Trischler: Trotula und die Schule von Salerno.

Ildiko Szasz: Marie Meurdrac und die "Mitleidende Chemie". Ein chemiatri-
sches Hausarzneibuch aus dem 17. Jahrhundert.

Themenkomplex 2: Konzipierung einer Ausstellung

Arbeitstitel: 100 Jahre Apothekerinnen - eine Erfolgsstory.
Von 0 % auf 80 %!

Themenkomplex 3: Aktuelles

Noch alles offen. Vorschlagenswert ist es ganz sicherlich, sich doch noch einmal mit der Stellung der PTA zu befassen.

Kontaktadresse für weitere Themenvorschläge und weitere Vorträge, egal ob kurz oder lang, und, und, und:

Christl Trischler
Heegbach Apotheke
Bahnstr. 92
64390 Erzhausen
Tel.: 06150-81919

Jürgen Große

Was wählen die Apotheker

Buchbesprechung

Rainer Wassilewski, Jürgen Passenberger: Analyse des Wahlverhaltens und der Parteienpräferenz der Freien Berufe in der Bundesrepublik Deutschland im April 1993, Köln, Deutscher Ärzteverlag, 1993

Nach bisher jeder vermeintlich oder tatsächlich die Erträge der Apotheken schmälern Gesundheitsreform haben Scharen von Apothekern ihre CDU-Parteibücher zurückgegeben und sich in den Leserbriefspalten der Standespresse auch öffentlich zu ihren Austritten bekannt. Das konservative Kräfte-reservoir zumindest unter den selbständigen Standeskollegen scheint so groß zu sein, daß wohl auch nach der nächsten Gesundheitsreform manche folgen werden, es sei denn, diese erfolgte durch eine SPD-geführte Regierung.

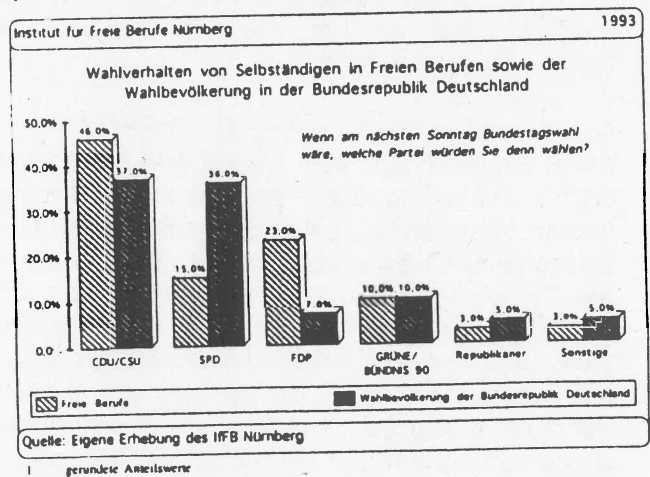
Auch unsere Erfahrungen mit der Mehrzahl der Berufskollegen oder zumindest mit deren gewählten Repräsentanten bestätigen dieses Bild. Verglichen mit Pädagogen, Geistes- und Sozialwissenschaftlern, Juristen und Medizinern erscheinen die Pharmazeuten als Hort der Reaktion, übertroffen allenfalls von Betriebswirten und Zahnmedizinern. Ein links-alternativer Apothekerkammerpräsident scheint vorerst in keinem Bundesland wahrscheinlich, auch unser Verein hat

sich Jahre nach ähnlichen Gruppierungen anderer Berufsgruppen gegründet. Wenn wir allerdings unsere Mitgliederzahl in ein Verhältnis zur Gesamtzahl der Apotheker setzen, sehen wir - verglichen mit den anderen ja wesentlich größeren Berufsgruppen - gar nicht einmal so schlecht aus, doch es lassen sich daraus sicher keine statistisch signifikanten Schlüsse ziehen.

Bei den von Zeitschriften und Fernsehsendern regelmäßig veröffentlichten Meinungsumfragen wird - wenn überhaupt - nur sehr grob nach Gruppen differenziert (weiblich - männlich, bis 30 - über 30, Ost - West, Arbeiter - Beamte etc.). Da meist nur ca. 1000 Wähler befragt werden, ist die Meinung der ca. sechs befragten Ärzte und des halben Apothekers nicht besonders aussagekräftig.

Mit der "Analyse des Wahlverhaltens und der Parteienpräferenz der Freien Berufe...", die vom Institut für Freie Berufe an der Universität Nürnberg im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung erstellt wurde, liegt m.W. erstmals eine detaillierte auch unsere Berufsgruppe umfassende Untersuchung vor, die allerdings nur selbständige Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Steuerberater, Architekten, Ingenieure und bildende Künstler umfaßt, von denen im April 1993 insgesamt 1003 befragt wurden.

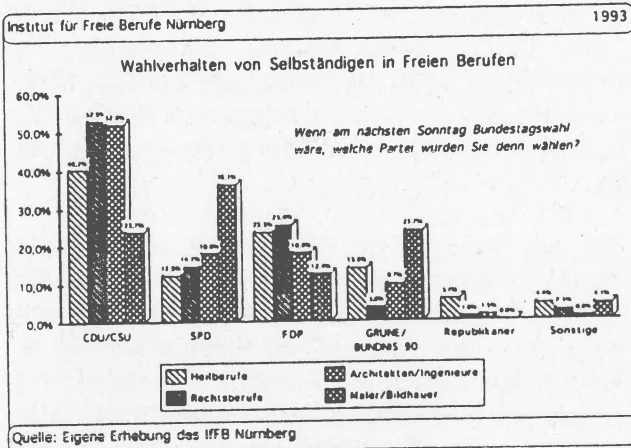
Beachtliches Wahlverhalten von Selbständigen in Freien Berufen¹ sowie der Gesamtbevölkerung im April 1993



Am auffälligsten ist die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung die starke Überrepräsentierung der FDP und die Schwäche der SPD, insbesondere

bei den Gesundheitsberufen. Außer bei bildenden Künstlern, die hier völlig aus dem Rahmen fallen, ist die FDP überall die zweitstärkste Partei, bei den Zahnärzten liegt sie nur um 3,3 % hinter der CDU. Daß Juristen, Architekten und Ingenieure noch deutlich konservativer wählen als die Angehörigen der Heilberufe, hat mich überrascht.

Abbildung 15: Beabsichtigtes Wahlverhalten von Selbständigen in Freien Berufen im April 1993 nach Berufsgruppen

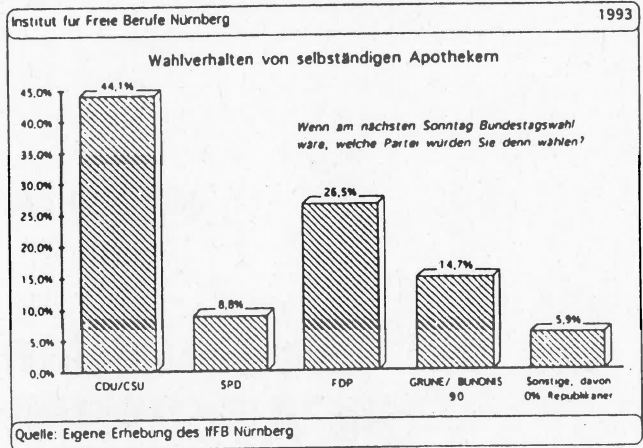


Es wird weiter nach Geschlecht, West-/Ost-deutschland und Alter (über/unter 50) differenziert. Dabei zeigt sich, daß SPD und Grüne bei Frauen, jüngeren Berufsangehörigen und Ost-deutschen relativ stärker vertreten sind, während die CDU bei alten westdeutschen Männern die meisten Anhänger hat; die FDP-Anteile sind vergleichsweise konstant.

Wie würden nun die Apotheker wählen? Gravierende Unterschiede zum Gesamtbild der Freien Berufe und insbesondere der Gesundheitsberufe finden sich nicht, allenfalls das besonders schlechte SPD-Ergebnis fällt auf. Wenn wir mit den Zahlen ein wenig herumrechnen, sehen wir, daß insgesamt nur 34 Apotheker eine Wahlabsicht kundtaten, insofern sind diese Zahlen natürlich etwas mit Vorsicht zu genießen, und auch auf die 0 % Republikaner können wir bei dieser kleinen Stichprobe nur mit Vorbehalt stolz sein.

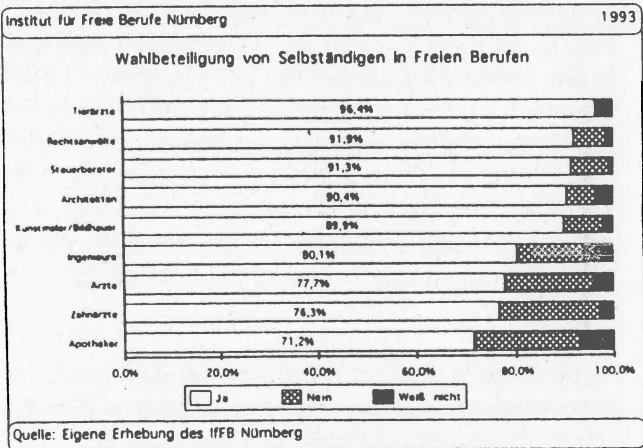
Haben die selbständigen Apotheker aus der Gesundheitsreform, die ihre Einkommen in diesem Jahr wohl um mindestens ein Drittel schmälern wird, was im April ja schon absehbar war,

Abbildung 19: Beabsichtigtes Wahlverhalten selbständiger Apotheker im April 1993



überhaupt keine Konsequenzen für ihr Wahlverhalten gezogen, schließlich bekäme die jetzige Bundesregierung ja mehr als zwei Drittel ihrer Stimmen? Nun, einerseits wissen wir nicht, wie sie vor dem GSG gewählt hätten, andererseits äußert sich ihre Politikverdrossenheit vor allem in ihrer niedrigen Wahlbeteiligung. Hier wäre für bürgerliche Gruppierungen wie die Hamburger Stadt-Partei wahrscheinlich einiges an Stimmen zu holen.

Abbildung 6: Beabsichtigte Wahlbeteiligung von Selbständigen in Freien Berufen im April 1993 nach Berufsgruppen



Fazit: Die Apotheker wie auch die anderen Heilberufler sind staatstragend bis zum Umfallen, Proteste gegen die teilweise existenzbedrohende Politik der Bundesregierung äußern sich nur in Wahlenthaltung. Hoffen läßt nur der überdurchschnittliche Stimmanteil der Grünen vorwiegend bei jüngeren und weiblichen Berufsangehörigen.

Ute Meyerdirks-Wüthrich

Er, sie und es

Buchbesprechung

Marge Piercy:
Er, sie und es, Argument Verlag 1993

"Ich wollte über Frauen schreiben, die ich wiedererkennen konnte."

Marge Piercy - eine Frau mit einer interessanten und wechselvollen Biographie - wurde 1936 in Detroit als Tochter einer Jüdin geboren. Die Mutter und die Großmutter machten sie mit ihren wundervollen Geschichten und ihrer Neugier auf so vieles zur Dichterin: "Manchmal ist mir sehr bewußt, daß ich in mir eine ganze Sippe unterschiedlicher Charaktere behause und vereine. Das ist, glaube ich, die Wurzel des Einfühlungsvermögens, das der Fähigkeit zu Grunde liegt, mannigfaltige und reiche Romanfiguren zu erschaffen."

Der Roman spielt in einer artifiziellen Zivilisation, in der die Menschen sich vor den Spätfolgen eines atomaren Krieges und ökologischer Katastrophen schützen müssen. Neun Zehntel der Erdbevölkerung vegetieren in Slums, beherrscht von einer Elite hochentwickelter Multis, die einen eigenen - normierten und hochgezüchteten Kosmos - entwickelt haben.

Die freie Stadt Tikva befürchtet den Angriff der Multis. Fieberhaft bastelt der alte Forscher Avram

an einer Geheimwaffe, die menschliche und computertechnische Fähigkeiten in sich vereint. Die unabhängige und spöttisch-hemdsärmelige Malkah (tolle Frauengestalt) hat bei der Programmierung ihre Finger im Spiel: "Ich habe ihm eine sanftere Seite gegeben, ich habe seine Liebe zu Wissen und Erkenntnis verstärkt und habe sie ausgedehnt auch auf die Kenntnis der Gefühls- und Charakterwelt, auf das Bedürfnis nach Beziehungen..." - Ein Liebhaber, vollkommener als ein menschlicher Mann sein kann. -

Shira, Computerspezialistin und Enkelin Malkahs, kehrt verbittert aus einer der Konzernmetropolen zurück. In Tikva wartet eine neue Aufgabe auf sie: dem Cyborg, dem menschlichen Computer, die Regeln sozialen Zusammenlebens, denen er zunächst nicht gewachsen ist, beizubringen. Nur ununterscheidbar von den Menschen vermag er seine Mission als Geheimwaffe zu erfüllen. Eingewoben in die futuristische Romanhandlung ist eine zweite Zeitachse, die dem farbigen Erzählfluß zusätzliche Tiefenschärfe verleiht. Die weise Malkah ("Du bist das Original der fliegenden Hexe.") erzählt ihrem Schützling, eingebettet in eine Chronik jüdischen Lebens im Prager Ghetto des 16. Jahrhunderts, von der Erschaffung eines Golems aus Lehm.

Das jüdische Gleichnis spannt den Bogen zurück zu den Wurzeln neuzeitlicher Rationalität. Marge Piercy skizziert souveräne Frauengestalten in diesem Roman und es gelingt ihr, sich zwischen den Diskursen über Menschlichkeit zu bewegen und deren Grenzen sichtbar zu machen. So beschreibt sie den Reiz, sich männlich besetzte Kompetenz anzueignen und die Welt nach eigenen Vorstellungen zu formen. Shira entscheidet sich am Ende jedoch anders als Avram. Nach dem "Tod" des Cyborg ist sie nicht in der Lage, ein neues Wesen zu erschaffen, damit es ihr diene; ein Wesen, dazu da, sie so zu lieben, wie sie geliebt werden will. Shira vernichtet die Information, sie gibt "ihn" frei.

"Er, sie und es" verdichtet das Problem menschlicher Hybris zu einem facettenreichen Panorama menschlicher Erfahrungen, das unsere Vorstellungen von Geschlecht, Humanität, Künstlichkeit und Freiheit zur Disposition stellt.

Ärzte - Initiative terre des hommes

Selbstdarstellung

Wir, niedergelassene und klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik, haben uns zur Ärzte-Initiative terre des hommes zusammengeschlossen, um über die vor allem von den Industrieländern verursachten oder geduldeten Defizite der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung der Menschen und vor allem der Kinder in der sogenannten Dritten Welt zu informieren. Dabei bilden die Anliegen der Kinderhilfsorganisation terre des hommes (Erde der Menschlichkeit) für uns die Plattform für unser aus ethischer und moralischer Verantwortung heraus resultierendes politisches Handeln in der Bundesrepublik.

Wir Ärztinnen und Ärzte können uns nämlich nicht mehr weiter damit abfinden, daß

- tagtäglich 40 000 Kinder und pro Jahr 15 Millionen Kinder auf dieser Welt sterben,
- täglich 8 000 Kinder unter fünf Jahren sterben, weil für sie keine Impfstoffe gegen Masern oder Keuchhusten gekauft werden können,
- jeden Tag 7 000 Kinder bei einfachen Durchfallerkrankungen an Austrocknung sterben, weil es an überlebensnotwendigen Packungen der oralen Rehydrations-Therapie fehlt, andererseits aber der Weltmarkt von vielen teuren und therapeutisch nutzlosen Medikamenten überschwemmt ist,
- 2,3 Millionen Kinder pro Jahr an leicht vermeidbaren Krankheiten sterben,
- 7,5 Millionen Kinder pro Jahr nur deshalb sterben, weil die zu ihrer Rettung erforderlichen 2,5 Milliarden DM nicht aufgebracht werden können,
- Kinder die auch von den Industrieländern mitverursachte Schuldenkrise ausbaden haben, weil durch den Druck des Internationalen Währungsfonds die Ausgaben für Gesundheit in den Entwicklungsländern gekürzt werden.

Der Bekämpfung der Kindersterblichkeit kommt weltweit deshalb eine so große Bedeutung zu, weil die bedrohliche Bevölkerungsexplosion nicht ohne Erfolge bei der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung in den sogenannten Entwicklungsländern gestoppt werden kann. Je mehr Kinder nämlich sterben, desto mehr Geburten sind erforderlich, um die spätere soziale Absicherung durch möglichst viele überlebende Kinder sicherzustellen. Da diese Zusammenhänge in der Bundesrepublik immer noch weitgehend unbekannt sind, wollen wir Ärztinnen und Ärzte das Bewußtsein für solche Korrelationen schärfen. Für besonders dringlich halten wir aber die Aufklärung darüber, welche Verantwortung wir im Norden für die gesundheitliche Misere im Süden dieser Welt haben. Wir meinen, daß wir dies in unserer Verantwortung als Mediziner unseren Patienten, aber auch unserer Umwelt gegenüber schuldig sind.

Erste Schritte in diese Richtung haben wir bereits konkret unternommen. In unseren Wartezimmern werden wir für unsere Patienten Plakate aushängen, die auf die Ungleichgewichte in dieser einen Welt sowie auf deren Hintergründe aufmerksam machen. Für unsere inhaltliche Arbeit haben wir uns kurzfristig drei Themenschwerpunkte gewählt. Im einzelnen wollen wir künftig darüber informieren, daß

terre des hommes

- nur ein geringer Anteil der Pharmakaverschreibung an Kinder in der sogenannten Dritten Welt aufgrund dubioser Export- und Handelspraktiken transnationaler pharmazeutischer Unternehmen unter rationalen Gesichtspunkten erfolgt. Besonders deutlich wird dies bei den Anti-Durchfallmitteln (Antidiarroeika), von denen weit mehr als die Hälfte völlig nutzlos sind.
- der Massentourismus aus der Bundesrepublik in die sogenannten Entwicklungsländer auch einen Krankheitstransfer von Nord nach Süd (Masern, Sexualkrankheiten, Aids) ausgelöst hat, dem hierzulande bisher viel zu wenig Beachtung geschenkt worden ist. Auch auf die negativen gesundheitlichen Folgen der durch den Tourismus ausgelösten Umweltschäden in den Ländern des Südens wollen wir Ärztinnen und Ärzte verstärkt aufmerksam machen.
- Ärzte in verschiedenen Teilen der sogenannten Dritten Welt tagtäglich in ihrer Arbeit massiv behindert werden. So hat die philippinische Regierung etwa die dortigen Mediziner unter Strafandrohung dazu verpflichtet, diejenigen Patienten an Behörden zu melden, deren Verwundung auf Gewaltanwendung schließen lasse. Diese unglaubliche Untergrabung der ärztlichen Schweigepflicht wollen wir öffentlich machen und so Druck auf Politiker, Bundesärztekammer, Konzerne und nationale wie internationale Gruppierungen verstärken, damit diese bei der philippinischen Regierung auf Rücknahme des Dekretes drängen.

Langfristig wollen wir uns aber auch mit anderen Themen (etwa dem ärztlichen Umgang mit Flüchtlingen, der Rauschgiftproblematik, den Folgen des Ernährungsverhaltens hier für die sogenannten Entwicklungsländer oder auch mit der Stellung der Tropenmedizin) beschäftigen. Um hier gemeinsame Positionen zu erlangen, kommen wir dreimal im Jahr zu einem bundesweiten Treffen unserer Initiative im Raum Frankfurt zusammen.

Frankfurt, im Mai 1990

Ansprechpartner der terre des hommes Ärzteinitiative:

Raum Nord/Nordosten:
Dr. Cornelius Klungenfuß, Ehrenbergstr. 34a,
1000 Berlin 38 (Telefon: 030/8 31 44 36)

Brief am 18.7.93

14.1.95

Raum Westen:
Dr. Christian Kingreen, Am Telch 5,
5800 Hagen (Telefon: 02331/5 39 93)

Raum Süden/Südosten:
Dr. Klaus Brummund, Jörg-Schwarzerdstr. 8,
7518 Bretten (Telefon: 07252/8 55 82)



terre des hommes
Hilfe für Kinder in Not
Postfach 4126
4500 Osnabrück
Spendenkonto 700
BfG: Osnabrück

Neues vom Boykott

Im März 1993 rief die Ärzteinitiative von "terre des hommes" die deutschen Ärzte dazu auf, keine Pharmareferenten der Firmen Asta Medica und Merck mehr zu empfangen. Im Pharma-Brief berichteten wir mehrfach darüber. Hier nun eine Einschätzung der Aktion von Dr.med. Bantz, einem der Initiatoren.

Wir, die in der Ärzteinitiative bundesweit zusammengeschlossenen Ärztinnen und Ärzte, haben eigene Erfahrungen in Entwicklungsländern gemacht. Prägend für uns war, mit eigenen Augen gesehen zu haben, in welchem Maße die wirtschaftlichen Interessen der hochindustrialisierten Länder die Misere der Entwicklungsländer mit verursachen. Wir sahen uns daher veranlaßt, unser Wissen nutzbar zu machen und Einfluß zu nehmen.

Unter verschiedenen Projekten hat die Ärzteinitiative zur Zeit besonders die Aktivitäten der BUKO Pharma-Kampagne aufgegriffen. Wir haben über die Kritik an besonders bedenklichen Medikamenten informiert und versucht, mit den Firmen Asta und Merck ins Gespräch zu kommen. Doch beide Firmen lehnten Gespräche zunächst ab und hielten es nicht für nötig, Briefe zu beantworten. Deshalb entschlossen wir uns im März, ebenfalls Gespräche mit den Firmen abzulehnen, wenn diese ihre Pharmareferenten zu Werbezwecken in unsere Praxen schickten.

Asta reagierte schnell

Die Firma Asta Medica reagierte im März auf die ersten Presseveröffentlichungen über den Boykott relativ schnell. Aus organisatorischen Gründen kam ein Gespräch erst am 26.05.93 in Frankfurt am Main zustande. An diesem nahmen ein Vorstandsmitglied, die Abteilungsleiter für Arzneimittelsicherheit und Pharmazie sowie die Leiterin der Öffentlichkeitsarbeit teil. Medico International und die BUKO Pharma-Kampagne wurden von Dr. Leo Locher und die Ärzteinitiative von mir vertreten. Das Gespräch verlief in einer sehr sachlichen Atmosphäre. Überraschend für uns war, daß durchaus Respekt gegenüber den Aktivitäten von BUKO Pharma-Kampagne, Medico International und der Ärzteinitiative von "terre des hommes" geäußert wurde. Durch den Druck von außen fanden offenbar die Kräfte innerhalb der Firma Unterstützung, die zu Änderungen der angeprangerten Mißstände bereit waren und sich nun durchsetzen konnten.

Wir mußten zunächst zur Kenntnis nehmen, daß wir mit der Kritik am Vertrieb von DOLO-ADAMON einer Fehlinformation zum Opfer gefallen waren: Dies Präparat wurde schon 1988 vom internationalen Markt genommen. Nun zu den übrigen von

uns kritisierten Präparaten:

1. Der Vertrieb von AVAFORTAN soll auslaufen.
2. AVAMIGRAN soll als Monopräparat (Ergotamin) für die Indikation Migräne auf den Philippinen weiter vertrieben werden, wenn die dortigen Behörden dies akzeptieren, anderenfalls wird das Präparat vom Markt genommen. Dieser Vorgang kam etwa 12 Monate in Anspruch nehmen.
3. DASTEN PLUS soll mit sofortiger Wirkung vom Markt genommen werden.
4. DUALID bleibt als Amphetaminabkömmling weiterhin im Markt. Es wird jedoch nur noch als Monopräparat angeboten, das Diazepam (Tranquilizer) wird dem Mittel nicht mehr beigemischt.
5. Bei FTALOMICINA entfallen in Zukunft die Antibiotikaanteile. Das Sulfonamidpräparat soll mit der Indikation "Akute Enteritis bei empfindlichen Keimen" auf dem Markt bleiben, wenn entsprechende Studien hierzu positiv verlaufen.

Die Firma Asta Medica hat unsere Kritik an einzelnen Medikamenten also weitgehend akzeptiert und entsprechende Änderungen vorgenommen. Es bleibt das Problem, daß weiterhin ein Sulfonamidpräparat gegen Diarrhoe angeboten wird, welches bei der Bevölkerung unter Umständen die Akzeptanz der wesentlich weniger eindrucksvollen Rehydratation nach WHO-Vorschlägen erschweren wird. Wir haben diese Lösung jedoch akzeptiert und über eine Presseerklärung und weitere Informationen unsere Kollegen davon informiert, daß der Boykott der Pharmareferenten der Firma Asta Medica ab sofort beendet werden kann.

Keine Reaktionen von Merck

Ganz anders sieht es leider zur Zeit noch bei der Firma Merck aus Darmstadt aus: bislang sind hier keinerlei Gesprächsbereitschaft oder Ansätze zur Diskussion spürbar ganz im Gegensatz zu den öffentlichen Verlautbarungen des Managements zu Themen der Zusammenarbeit, der Information, des Einsatzes der Pharmaindustrie in der Dritten Welt usw.

Wir sind daher dankbar, für das Engagement der Industriegewerkschaft Medien. Diese will die Aktivitäten der Ärzteinitiati-

ve von "terre des hommes" und der BUKO Pharma-Kampagne unterstützen, indem im Rahmen eines Projektes 6 südamerikanische Radiosender mit Informationen über unsere Kritik an der Vermarktung von Medikamenten versorgt werden. Nach den bisherigen Informationen trifft das Projekt sowohl bei den dortigen Sendern als auch den Hörern auf Interesse und erreicht seinen Zweck. Es bleibt zu hoffen, daß mit zunehmendem Druck, auch aus den Ländern Lateinamerikas, sich das Management der Firma Merck endlich die Frage stellen wird, inwieweit eine Firma, die den Anspruch erhebt, "Weltniveau" zu haben, es sich leisten kann, ihr Image durch die Vermarktung bedenklicher Produkte zu gefährden.

Ärztliche Medien

Bedauerlicherweise bleibt festzustellen, daß unsere ärztlichen Medien, wie zum Beispiel die Ärzte-Zeitung oder das Deutsche Ärzteblatt bislang noch nicht zu einer breiten Information der deutschen Ärzteschaft bereit waren. Es wurde zwar in der Ärztezeitung vor kurzem auf Grund der von uns herausgegebenen Presseerklärung erwähnt, daß die Firma Asta nach Gesprächen mit uns auf die geäußerte Kritik reagierte. Jedoch wurde nur dieser positive Teil der Presseerklärung veröffentlicht, unsere Kritik an der mangelnden Gesprächsbereitschaft der Firma Merck fand keinerlei Erwähnung. Leider sind diese Zeitschriften von ihren Anzeigenkunden so abhängig, daß der "Tanz ums goldene Kalb" für wichtiger gesehen wird als die Notwendigkeit, objektiv und kritisch auch einmal über Mißstände zu berichten.

Wir freuen uns sehr, daß viele Aktionsgruppen in der ganzen Welt bereit sind, an unseren Aktionen teilzunehmen. Uns erreichten Anfragen engagierter Ärztegruppen von Bolivien bis hin nach Polen und den Philippinen. Dies ist für alle Beteiligten ein Zeichen, daß sich Engagement, aufgewandter Arbeitseinsatz und eingesetzte Zeit lohnen, um ein gesetztes Ziel zu erreichen.

Dr. Mathias Bantz



Dokumentation

BUNDESVERBAND DER PHARMAZIESTUDIERENDEN IN DEUTSCHLAND



FVP-Konzept Braunschweig
Konzeption der Pharmaziestudierenden Deutschlands zur Novellierung
der Approbationsordnung für Apotheker

1. Der Apotheker muß durch eine qualifizierte Ausbildung in naturwissenschaftlichen und medizinischen Bereichen den veränderten Anforderungen an einen kompetenten Arzneimittelfachmann gerecht werden. Durch die Aufwertung der Qualifikation und die Verbindung zwischen den Naturwissenschaften und den medizinischen Aspekten wird die gesellschaftliche Position des Berufsstandes für die Zukunft gesichert.
2. Durch die Approbationsordnung muß eine zu frühe Spezialisierung in der Ausbildung vermieden und dadurch eine einheitliche Approbation weiter gesichert werden.
3. Im Grundstudium ist eine gleichwertige Ausbildung in naturwissenschaftlichen und medizinischen Disziplinen mit strengerer Ausrichtung auf pharmazeutisch relevante Arbeitsgebiete in Offizin und Wissenschaft erforderlich.
4. Das Hauptstudium soll auf der Basis des Grundstudiums Kenntnisse zum Verständnis moderner Arzneimittel der klassischen und besonderen Therapierichtungen vermitteln. Dazu ist fundiertes Wissen zur Chemie und Wirkung von Arzneistoffen und Arzneimitteln zwingend notwendig.
5. Der dritte Ausbildungsabschnitt muß die Umsetzung der theoretischen Lehrinhalte in die Praxis gewährleisten, die Berufsfertigkeiten zum verantwortungsvollen Umgang mit dem Arzneimittel vermitteln. Für die Umsetzung dieser Anforderungen an einen modernen Pharmazeuten auf unterschiedlichsten Tätigkeitsfeldern sind einschneidende Veränderungen notwendig:
 - I. Um eine Umgewichtung einzelner Studienfächer durchzuführen, sind sinnvolle Kürzungen im praktischen Bereich, speziell im klassisch-chemischen Bereich, unerlässlich. Eine moderne chemische Aus-

bildung ist für den Pharmazeuten in Zukunft eine unabdingbare Voraussetzung. Dazu sind auch die geforderten Lehrinhalte laut Approbationsordnung qualitativ und quantitativ stark zu überarbeiten und auf Relevanz und Durchführbarkeit zu überprüfen.

II. Die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an Praktika kann nicht weiterhin über die Anwesenheitspflicht definiert werden, vielmehr muß dies durch die erfolgreiche Absolvierung des Praktikumspensums belegt werden. Es ist erstrebenswert, exemplarische Aufgaben in Kleingruppen zu lösen und die Ergebnisse innerhalb von Seminaren zu diskutieren.

III. Durch studienbegleitende Wahlpflichtfächer muß die Möglichkeit zur Aneignung spezieller Kenntnisse in pharmazeutischen oder fachbezogenen Disziplinen geschaffen werden.

IV. Es müssen im Laufe des 3. Ausbildungsabschnittes die Aspekte des Arzneimittels im Umfeld von Patient, Arzt, Krankenkasse, Industrie, Gesetzgebung und Pharmazeut behandelt werden und betriebs- und volkswirtschaftliche Grundkenntnisse vermittelt werden. Ferner soll die Fähigkeit vermittelt werden, kompetent über Arzneimittel zu informieren und zu beraten.

V. Das PJ (3. Ausbildungsabschnitt) ist zu teilen. Der erste Teil ist in einer öffentlichen Apotheke, der zweite Teil auf einem anderen pharmazeutischen Tätigkeitsfeld zu absolvieren. Es muß jedem Pharmaziepraktikanten verbindlich die Möglichkeit zu einem klinischen Praktikumshalbjahr gegeben werden.

VI. Für Auslandspraktika im Rahmen der Famulatur und des Praktischen Jahres müssen konkrete, einheitliche und verbindliche Anerkennungskriterien festgelegt werden.

VII. Das MC-Verfahren im ersten Prüfungsabschnitt ist durch einen anderen geeigneten Prüfungsmodus (zentral gestellte schriftliche Klausur oder mündliche Prüfung) zu ersetzen.

Außerhalb der Approbationsordnung sind folgende Forderungen an eine Veränderung der universitären Ausbildung zu stellen:

- Schaffung eines Diplomabschlusses aufbauend auf dem Studium gemäß Approbationsordnung als zusätzliche wissenschaftliche Qualifikation
- Förderung alternativer Methoden des Leistungsnachweises
- verstärkte Anleitung zum selbständigen wissenschaftlichen Arbeiten während der universitären Ausbildung.

Zur fortwährenden kritischen Begleitung der Umsetzung der jetzigen und einer zukünftigen AAppO ist im Bundesgesundheitsministerium eine Arbeitsgruppe zu schaffen, unter gleichberechtigter Mitarbeit der Studierenden.

Dokumentation

"Badenweiler Thesen II"

Vorschläge einer Gruppe von Pharmazieprofessoren zur Novellierung der Approbationsordnung (aus: Deutsche Apotheker Zeitung, 40/1992, S. 2122-2124)

■ Thesen zur Aktualisierung des Pharmaziestudiums

1. Ausbildungsziel eines Universitätsstudiums ist das Erlernen konzeptionellen Denkens, d.h. das Erkennen von Zusammenhängen auf der Grundlage des Fachwissens.
2. Ziel der pharmazeutischen Hochschulausbildung ist die Vermittlung wissenschaftlicher pharmazeutischer Kenntnisse, die Voraussetzung sind für die Ausübung des Apothekerberufes, sowie für die Promotion, die Fort- und Weiterbildung und jede weitere Spezialisierung.
3. Angesichts der rasch zunehmenden wissenschaftlichen Erkenntnisse auf allen Gebieten der Pharmazie und der ihr nahestehenden Wissenschaften sind die Lehrinhalte kritisch zu überprüfen. Das in den einzelnen Fachdisziplinen vorhandene Wissen ist heute so groß, daß es in seiner Gesamtheit nicht mehr in vollem Umfang gelehrt und geprüft werden kann. Jede Fachdisziplin muß deshalb selbstkritisch hinterfragen, inwieweit traditionelle Lehrinhalte modifiziert oder durch neue Erkenntnisse ersetzt werden können, damit bei der begrenzten Ausbildungszeit die vom Gesetzgeber vorgegebenen Studienziele erreicht und die Studenten durch die Stofffülle nicht im Übermaß belastet werden.
4. Neben seiner Tätigkeit in der Herstellung, Qualitätskontrolle und kompetenten Abgabe von Arzneimitteln hat der Apotheker als Arzneimittel-fachmann seine Kenntnisse auch in den Dienst der Beratung und Information zu stellen.
5. Lernziele und Lehrinhalte der ein-

zelnen pharmazeutischen Fächer sind deshalb künftig vermehrt auf die Befähigung des zukünftigen Apothekers auszurichten, neben der verantwortungsbewußten Arzneimittelversorgung der Bevölkerung Ärzten und Patienten für eine Arzneimittelinformation und -beratung zur Verfügung zu stehen.

6. Dem zukünftigen Apotheker sind, mehr als es heute der Fall ist, neben den naturwissenschaftlich ausgerichteten pharmazeutischen Kenntnissen auch jene medizinischen Grundlagen zu vermitteln, die ihm die optimale Nutzung seines Wissens als Arzneimittelfachmann ermöglichen. Das bedeutet auch, daß die Ausbildungsziele und die Lehrinhalte der einzelnen Fachdisziplinen überprüft und neu gewichtet werden müssen.

7. Der Pharmaziestudent muß mit den Möglichkeiten, Risiken und Grenzen der Selbstmedikation vertraut gemacht werden.

8. Wichtigstes Lernziel im Dritten Ausbildungsabschnitt ist die Befähigung des angehenden Apothekers, sein an der Hochschule erworbenes und geprüftes Wissen im Berufsalltag sachgerecht nutzen zu können.

Angesichts der Bedeutung dieser Fähigkeit für die Arzneimittelsicherheit und die optimale Arzneimittel-anwendung ist die praktische Ausbildung entsprechend neu zu gliedern. Sie sollte aus zwei Pflichtpraktika und einem Wahlpflichtpraktikum von jeweils mindestens vier Monaten effektiver Dauer bestehen (siehe These 8.1 ff).

9. Der angehende Apotheker soll die Möglichkeit haben, mit einer wissenschaftlichen Arbeit ein Universitätsdiplom zu erwerben.

■ Thesen zum dritten Ausbildungsabschnitt

8.1 Allgemeine Modifikation des Dritten Ausbildungsabschnittes

Entsprechend der erhöhten Bedeutung dieses Ausbildungsabschnittes für die praktische Nutzung pharmazeutischen Wissens im Berufsalltag sind drei Praktika zu absolvieren, die nachstehend näher bezeichnet werden.

1. ein Praktikum Offizinpharmazie
2. ein Praktikum in Pharmakotherapie
3. ein Wahlpflichtpraktikum

8.1.1 Erstes und zweites Praktikum

Diese sind in einer

- a) öffentlichen Apotheke, die keine Zweigstelle ist und

b) in einer dazu ermächtigten medizinischen Einrichtung abzuleisten.

8.1.2 Drittes Praktikum

Das dritte Praktikum kann nach freier Wahl in

- c) einer öffentlichen Apotheke (a)
- d) einem Krankenhaus (b)
- e) einer Bundeswehrapotheke
- f) der pharmazeutischen Industrie
- g) einem Universitätsinstitut oder in anderen geeigneten wissenschaftlichen Institutionen einschließlich der Bundeswehr,
- h) einer Arzneimitteluntersuchungsstelle oder einer vergleichbaren Einrichtung einschließlich der Bundeswehr absolviert werden.

8.2 Lehrinhalte für die Ausbildung im Offizinpraktikum

Im Offizinpraktikum hat der angehende Apotheker seine Kenntnisse über die Wirkung, Nebenwirkungen und die richtige Anwendung der Arznei- und Hilfsstoffe, im besonderen aber der Fertigarzneimittel, zu vertiefen.

Es sollen ihm Kenntnisse und Fähigkeiten insbesondere in folgenden Bereichen vermittelt werden:

8.2.1 Selbstmedikation

Der Kandidat soll sich in diesem Praktikum vor allem Kenntnisse und Fähigkeiten zum Erkennen der Möglichkeiten, Risiken und Grenzen der Selbstmedikation aneignen.

Insbesondere soll er folgende Risiken der Selbstmedikation im Gespräch mit dem Patienten erfassen können:

- Falsche Einschätzung des Gesundheitszustandes (zu späte Arztkonsultation)
- Falsche Arzneimittelwahl.
- Falsche Anwendung (Dosis, Zeitpunkt der Einnahme)
- Zu kurze oder zu lange Dauer der Einnahme
- Mißbräuchliche Anwendung
- Unerkannte Kontraindikationen
- Interaktionen (u. a. auch mit ärztlich verordneten Arzneimitteln)
- Nebenwirkungen und falsches Verhalten bei Nebenwirkungen
- Negative Beeinflussung unerkannter Krankheiten
- Verfälschen von Labortests und klinischen Symptomen

8.2.2 Verordnete Arzneimittel

■ Dazu gehören insbesondere Der Erwerb der Fähigkeit Angehörige anderer Heilberufe über Arzneimittel zu informieren und zu beraten unter optimaler Nutzung des pharmazeutischen Wissens.

■ Überprüfung der von einem Arzt oder mehreren Ärzten im gleichen Zeitraum ausgestellten Rezepte, besonders auf Interaktionen.

■ Beratung des Patienten bezüglich der sachgerechten Anwendung eines ärztlich verordneten Arzneimittels, eines Arzneistoffträgers oder eines Gerätes.

■ Hinweis auf Interaktionen zwischen ärztlich verordneten Arzneimitteln und Selbstmedikations-Präparaten.

■ Beratung der Patienten nach Mitteilung einer ernsthaften oder lediglich unangenehmen Nebenwirkung.

(Arztzuweisung oder Aufklärung über die Harmlosigkeit einer Nebenwirkung, Sicherung der Compliance).

■ Hinweis auf Nebenwirkungen, die den ambulant behandelten Patienten im Alltag in Gefahr bringen können (Sedierung, Euphorie usw.).

8.2.3 Herstellung von Arzneimitteln

Üben der Herstellung der wichtigsten, im Offizinalltag aufgrund ärztlicher Verschreibungen oder Patientenwünschen am meisten geforderten Arzneimittelformen.

8.2.4 Blockunterricht

Die Befähigung zur kompetenten Arzneimittelberatung in der Selbstmedikation und bei der Abgabe verordneter Arzneimittel ist den Kandidaten im Rahmen eines Blockunterrichtes durch Fachkräfte zu vermitteln.

In diesem Unterricht soll der Kandidat die Möglichkeit haben, seine zuvor in der Offizin getätigte Beratung der ärztlich mit Arzneimitteln versorgten oder sich selbst mit Heilmitteln therapierenden Patienten überprüfen zu lassen. Dieser Blockunterricht sollte in kleinen Gruppen erfolgen.

8.3 Lehrinhalte für die Ausbildung in Pharmakotherapie

Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten in

8.3.1 Praktischer Pharmakotherapie

■ Grundkenntnisse der wichtigsten Krankheitsbilder.

■ Wissen um die Möglichkeiten, Risiken und Grenzen der Arzneimitteltherapie.

■ Erkennen der wichtigsten Pharmakotherapieprobleme in der Praxis.

■ Teilnahme an Ärztebesprechungen und üben des Fachgesprächs (Terminologie).

■ Epidemiologie und Evaluation der Nebenwirkungen.

■ Arzneimittelinteraktionen.

8.3.2 Arzneimittelinformation und -dokumentation

■ Beschaffen von und Mitarbeit bei der Arzneimittelinformation.

■ Kritischer Umgang mit der Arzneimittelliteratur.

■ Aufbau und Führung einer Fachdokumentation.

8.3.3 Andere Aufgaben

■ Mitarbeit bei der Aufstellung von Therapieplänen und Validierung der Verschreibungen.

■ Kenntnisse in der ambulanten Krankenpflege (Stomapatenten, Diät, Inkontinenz, Diabetes, etc.).

■ Kenntnis der Prinzipien und der Technik der parenteralen und enteralen Ernährung.

8.3.4 Therapeutic Drug Monitoring

Analog den Prüfungsordnungen in zahlreichen Nachbarländern Deutschlands soll der Kandidat – basierend auf dem in den Fachsemestern erworbenen theoretischen Wissen in Pharmakokinetik, Pharmakodynamik und Klinischer Pharmakologie – sich folgende Kenntnisse und Fähigkeiten aneignen:

■ Prinzipien der Individualisierung der Arzneimitteldosierung,

■ Kritische Bewertung und Interpretation der Arzneistoffspiegel in biologischen Flüssigkeiten.

■ Ausbildung in klinisch-chemischen Analysen im Krankenhauslabor und Interpretation der Resultate sowie Feststellung eventueller Fehlerquellen.

8.4 Diplomarbeit

Diplomarbeiten (siehe These 9) sind entsprechend der Richtlinien der jeweiligen Hochschule anzufertigen. □

Profil auch ohne Profit?

Eine Betrachtung zum mutmaßlichen Ende eines standespolitischen Glaubenssatzes

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben hat sich seit Jahresbeginn das ärztliche Verordnungsverhalten nachhaltig verändert – quantitativ und qualitativ. Krankenkassen und Ärzteschaft beteuern öffentlich, daß die von der Pharmazeutischen Industrie und den Apotheken beklagten Umsatzrückgänge um durchschnittlich 17 Prozent keine Verschlechterung der Arzneimittelversorgung zur Folge haben. Im Gegenteil: Gerade durch den nachweisbaren Verzicht auf das Verschreiben umstrittener und/oder medizinisch nicht notwendiger Medikamente ist die Verordnungstätigkeit effizienter geworden – so betont einer der Herausgeber des Arzneiverordnungsberichts '93, Professor U. Schwabe. Da nützt es den Apotheken wenig, wenn sie angesichts erheblicher Umsatzeinbrüche den therapeutischen Notstand mutmaßen, ohne den Beweis gleich mitzuliefern.

Für die nächste Zukunft ist ein weiterer Umsatzschwund in den Apotheken programmiert – vor allem durch die neugefaßten Arzneimittelrichtlinien, die Einführung der Positivliste, die konsequente Umsetzung des Rahmenvertrags vom Juli 1993, die weitere Ausdehnung der Festbetragsregelung, zusätzliche Einschränkungen per Budget oder Richtgrößen und Leistungsabbau sowie den erklärten Willen des Gesundheitsministers, Prävention und Gesunderhaltung zu Lasten der kurativen Medizin stärker zu fördern.

Daß mit dem Wirksamwerden dieses zusätzlichen Instrumentariums (im standespolitischen Jargon: Folterwerkzeuge) die Arzneimittelsicherheit gefährdet wird oder dem Patienten medizinisch sinnvolle Arzneimittel vorenthalten werden, dürfte – abgesehen von Einzelfällen – schwer zu belegen sein. Fazit: In den Apotheken muß mit weiteren Umsatzverlusten zugunsten der Gesetzlichen Krankenversicherung gerechnet werden. Sie lassen sich weder durch eine Ausdehnung des Randsortiments noch durch die Ausweitung der Selbstmedikation entscheidend aufhalten. Der Konkurrenzdruck auf Seiten der Anbieter gesundheitlicher Leistungen wird sowohl vertikal (Hersteller, Großhandel, Apotheke) als auch horizontal (zwischen einzelnen Apotheken, gegenüber Ärzten, Sanitätshäusern et cetera) an Schärfe und Umfang zunehmen. Das Aus vieler kleiner Apotheken wird damit wahrscheinlich. Sie werden langsam dahinsinken über die Etappen Teilarbeit, Personalabbau, Verdrängung qualifizierten Personals durch billige Hilfskräfte bis zum Ein-Mann-Betrieb, der den gleichzeitig wachsenden arbeitsintensiven Anforderungen nicht mehr gewachsen sein wird.

Der Weg ins Aus wird begleitet von bedenklichen Praktiken (=Überlebensstrategien):

– Kompensation von Verlusten durch eine berufsethisch nicht verantwort-

bare Ausweitung der Selbstmedikation;

– die unkritische Abgabe bedenkllicher Arzneimittel unter Ausnutzung einer hemmungslosen Industriewerbung;

– Belohnungssystem („Pröbchen“, Geschenke, Rabatte);

– bedrohliche illegale Praktiken (Missachtung der Verschreibungspflicht, Abgabe von Arzneimitteln durch Hilfskräfte).

Gewinner des härter werdenden Konkurrenzkampfes sind die Apotheken in günstiger Lage, die über ein breites Waren- und Dienstleistungsangebot verfügen, auf eigenem Grund und Boden weder Kündigung noch Mieterhöhung fürchten müssen und zahlreiche Arztpraxen im Umfeld haben oder ansiedeln. Das heißt, Macht, Geld, Beziehungen und (Standort-)Glück sorgen letztlich für eine Wiedereinführung der seit 1958 verbotenen Niederlassungsbeschränkung, ohne daß gesellschaftliche und gesundheitliche Interessen und Erfordernisse steuernd einwirken können. Die unvermeidlichen Versorgungsengpässe und Defizite werden – lukrativ für die verhebenen Großapotheken – durch Rezeptsammelstellen und Botendienste formal überbrückt (unter Hinnahme des damit verbundenen Verzichts auf notwendige Informations- und Beratungshilfen).

Die eigentliche Zweckbestimmung der Apotheke als Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens tritt dabei deutlich in den Hintergrund (Drugstore). Wenn es stimmt, daß schon heute rund 50 Prozent der Apothekenbesitzer weniger verdienen als ihre Kollegen im öffentlichen Dienst – die ABDA behauptet das –, dann hat diese Zukunft schon begonnen. Neben den wirtschaftlichen Sorgen quält den Berufsstand neuerdings zusätzlich die traurige Erkenntnis, trotz akademischer Qualifikation als Arzneimittel fachmann im wesentlichen »fremdbestimmt« zu arbeiten, was – unausgesprochen – in der Angst vor der Ersetzbarkeit (das Dispensierrecht für Ärzte) oder zumindest der Dequalifizierung (Fachhochschulstudium) zum Ausdruck kommt.

Was tun? Ziel der Apotheker muß sein – so die ABDA –, durch Übernahme unverwechselbarer Funktionen in der Arzneimittelversorgung eine anerkannte und unverzichtbare Position zu erlangen bei betriebswirtschaftlich akzeptabler Absicherung. Welche Vorschläge hat die ABDA dafür parat?

Dokumentation

Leserbrief von Ingeborg Simon (PZ 41/1993, S. 119 - 121)

Diverse Honorierungsmodelle, die den Krankenkassen durch den Einsatz pharmazeutischen Sachverständigen (bei der Auswahl und Substitution von Medikamenten) wirtschaftliche Vorteile bringen sollen bei gleichzeitiger Wahrung der wirtschaftlichen Interessen der Apotheker.

Besonders bemerkenswert scheint die Bereitschaft, die Arzneimittelauswahl künftig unabhängig von der Preishöhe eines Arzneimittels vorzunehmen. Hier wird deutlich, daß die ABDA endlich begriffen hat, daß der Apotheker nur dann als Arzneimittel fachmann glaubwürdig sein kann, wenn er seine Beratungs- und Informationspflicht ohne ökonomischen Druck ausüben kann. Ob dieses Konzept für das wirtschaftliche und gesundheitspolitische Überleben der Apotheken taugt und ob die Krankenkassen bereit sein werden, die ABDA-Vorschläge (Fixaufschläge, Verlustausgleich, Drehung der Arzneimittelpreisverordnung) auf Umsetzbarkeit zu prüfen, ist ebenso offen wie die Frage, ob die Ärzte den Apothekern das Recht auf Arzneimittelauswahl zubilligen und die Hersteller die für die Auswahl notwendigen Ausgangsdaten liefern. Spielen die hier Aufgeforderten nicht mit – und das scheint ja nicht unwahrscheinlich – wird das zum Apothekertag erarbeitete Vorschlagskonzept zur Makulatur.

Trotz aller Unwägbarkeiten! Alle an der Arzneimittelversorgung Beteiligten sollten die Bereitschaft der Apotheker, pharmazeutisch sinnvolle und notwendige Entscheidungen zukünftig befreit von der Daumenschraube »Ethik gegen Monetik« zu treffen, aufgreifen. Dieser freiwillige Profitverzicht kann dann allerdings nur durch einen neuen organisatorischen Rahmen und ein Vergütungssystem aufgefangen werden, die der Apotheke die Existenz als effiziente Gesundheitseinrichtung zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung erlauben.

Die Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, daß jeglicher Anreiz zu »Extraprofiten« entfällt. Sie müssen Voraussetzungen für eine sinnvolle Arbeitsteilung und Zusammenarbeit insbesondere zwischen Ärzten und Apotheken schaffen, gesundheitsabträgliche Wettbewerbspraktiken unterbinden, eine hohe Qualifikation der Apothekenbeschäftigten sichern und halten sowie die Anzahl der Apotheken in Abhängigkeit von der Größenordnung der zu versorgenden Menschen und Einrichtungen festlegen.

Was hier bei uns vielleicht noch unmöglich scheint, ist im benachbarten Holland seit langem geübte Praxis. Hier konnten sich die Apotheken als anerkannte und unverzichtbare Arzneimittelberatungs-, Überwachungs- und Versorgungseinrichtungen etablieren – zum Nutzen von Patienten, Sozialversicherung und Ärzten. Sie entscheiden sachgerecht und preisunabhängig. Fixzuschläge und die verbindliche Zuweisung einer ausreichenden Zahl von Versicherten an eine Apotheke, die für »ihre« Patienten Verordnungsdaten speichert, auswertet und aufbereitet und damit einen wichtigen Beitrag für deren Arzneimittelsicherheit und Compliance leistet, lassen die Angst um die wirtschaftliche Zukunft nicht aufkommen.

Die holländische Apotheke könnte zu einem – diesmal willkommenen – Importartikel für das reformbedürftige deutsche Apothekenwesen werden mit Lustgewinn für alle, die endlich einmal nicht fremdbestimmt oder vom Pleitegeger oder dem Marketing-Fanatiker getrieben, ihr erlerntes Wissen zugunsten der Patienten einsetzen möchten.

Ingeborg Simon, Fachgruppe Apotheken in der ÖTV Berlin, Hewaldstraße 5, 10825 Berlin

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Hanne Lederer
Stadt-Apotheke
Espantorstraße 1
88316 Isny
Tel.: 07562/8524
07562/4417 (priv.)

Bayern

Michaela Raasch
Königinstraße 51
85551 München
Tel.: 089/347400

Berlin

Dr. Regina Schumann
Zimmermannstraße 17
12163 Berlin
Tel.: 030/7928251

Brandenburg

Peter Rhiemeier
Linden-Apotheke
Brandenburger Straße 158
14542 Werder/Havel
Tel.: 03327/40593

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel Apotheke
Schwaneweder Straße 21
28779 Bremen
Tel.: 0421/605054

Hamburg

Gudrun Likus
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
20144 Hamburg
Tel.: 040/458768

Hessen

Franz Kirchner
Antoniterstr. 5
65929 Frankfurt-Hoechst
Tel.: 069/319545

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Hamburg

Niedersachsen

Gabi Beisswanger
Pfeiffersweg 7
38442 Wolfsburg 12

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Wilhelm-Tell-Straße 13
40219 Düsseldorf
Tel.: 0211/3114172
0211/394256 (priv.)

Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

Saarland

Edith Arweiler
Bernhardstraße 19
66763 Dillingen/Saar
Tel.: 06831/73463

Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

Sachsen

Dr. Christina Kasek
Kantstraße 12
04275 Leipzig

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen