

---

# VDPP - Rundbrief

6. Jahrgang, Nr. 22 / Februar 1994

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

Arzneimittelreimporte

Apotheken und Krankenkassen  
Teil II

Fremdenfeindlichkeit:  
Schwachtes Echo der Kammern

---

## Inhalt

Christine Slzachcic: Grußworte des Vorstands	3
Jürgen Große: Arzneimittelreimporte	4
Udo Puteanus: Apotheken und Krankenkassen, Teil II	10
Rolf Lipfert: Widerspruch (Leserbrief)	18
Thomas Hammer: Fremdenfeindlichkeit Schwachtes Echo der Kammern	19
Ingeborg Simon / Luis Perez: Projekt "Jardins De La Barranca"	22
Peter Tschiersch: Das Ghana Village Projekt	25
Elfriede Kern: Vorstandssitzung am 11.12.93 in Hamburg	27
Buchbesprechung	
Wolters, Ivan: Medikamente - Ein Leitfaden (Udo Puteanus)	32
Dokumentation	
Verbraucherzentrale Hamburg zu Importarzneimitteln	34
"Zuzahlung", Pressemitteilung v. 30.01.94	36
Ökologischer Ärztebund Selbstdarstellung	37
Novellierung der Approbationsordnung: Stellungnahme von ADKA und BAK	39
Sozialpharmazie-Workshop Berlin	41

### Beilage

Frauenseminarprogramm (8.-10.April 1994)

## Editorial

3 Nachdem einige der angekündigten Artikel nur sehr schleppend, andere leider gar nicht eingegangen sind, ist die erste Ausgabe des Jahres 1994 nun doch wieder zu ansehnlichem Inhalt und Umfang angewachsen. Es ist eine beachtliche Leistung für unseren kleinen Verein, daß der Rundbrief vornehmlich aus Originalbeiträgen besteht. Dank an die schreibenden VDPP'ler und damit verbunden natürlich gleich die mahnenden Worte der Redaktion, im Engagement nicht nachzulassen.

22 Hinweisen möchte ich auf die weiter unten abgedruckte Pressemitteilung zur Zuzahlungsverordnung, die von Mitgliedern der Berliner Regionalgruppe initiiert und verfaßt wurde. Es tut sich also etwas an der "Basis", wie beispielsweise auch an Jürgen Großes Artikel deutlich wird und nicht zuletzt an dem Einsatz für die Projekte in Nicaragua und Ghana (siehe S. 22 und 25). Dies sei den Skeptikern, die den VDPP bereits in den letzten Zügen wähen, noch einmal vor Augen gehalten. Wir haben Grund genug, das fünfjährige Bestehen im Juni kräftig zu feiern!

Viel Spaß beim Lesen des Rundbriefes. Redaktionsschluß für die nächste Ausgabe ist der

**1. April 1994.**

Artikel und Beiträge bitte wieder an:

Christa Augustin  
Alsterdorfer Str. 18  
22299 Hamburg  
Tel. 040/476564

### Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V.

Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer

Layout und Satz: Ulf H. Thomas

Adresse: Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Tel./Fax: 040/458768.

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

## Liebe VDPP-Mitglieder, liebe am Verein Interessierte,

das neue Jahr hat nun also angefangen: das Superwahljahr, das VDPP Jubiläumsjahr und mein vielleicht erstes Berufsjahr (habe vor zwei Monaten die "höheren Weihen" der PharmazeutInnen erhalten... - sprich meine Approbation).

Was 1994 wohl so alles mit sich bringen wird?

Für meinen Fall ist das eine spannende Angelegenheit, verlief mein Weg doch nach dem praktischen Jahr - vorbei am 3. Staatsexamen - zunächst in die vorläufige Arbeitslosigkeit, - mittlerweile mit Aussicht auf ein, zwei Vertretungsstellen.

In diesem Zusammenhang habe ich den einen oder anderen Einarbeitungstag hinter mich gebracht und dabei gemerkt, wie schnell die Räder der Apothekenalltagsmühlen mahlen. Ich beobachte die resignative Stimmung seitens der PatientInnen, die weder die Hoffnung noch den Glauben haben, daß sich im Gesundheitswesen etwas zum Positiven hin ändern wird. Und ich beobachte meine persönliche unzufriedene Haltung: mag ich mich doch nicht so recht mit den vorgegebenen Strukturen einer öffentlichen Apotheke anfreunden - geschweige den abfinden. - Doch wo zeigen sich praktikable Alternativen?

Da kommt mir natürlich die unerwartete Ankündigung der Studienreise in die Niederlande, um das dortige Apothekenwesen im Allgemeinen und die sozialen Apotheken im Speziellen kennenzulernen, mehr als willkommen. Eine besondere Gelegenheit einmal direkt vor Ort über den deutschen Apotheken- und Gesundheitstellerrand hinauszuschauen, neue Eindrücke zu sammeln, Vergleiche zu ziehen, Anregungen zu bekommen.

Von daher wäre es wünschenswert, wenn so viele wie möglich an dieser Studienreise - trotz ihrer Kurzfristigkeit - teilnehmen könnten.

Für den Vorstand

Christine Slzachcic

Jürgen Große

## Arznei- mittelreimporte

### - Ein sinnvoller Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen?

Wer sich im Urlaub einmal Aspirin, die zuhause liegegebliebene Pille oder die vergessenen Herztabletten in einer fremdländischen Apotheke erstand, war über den abverlangten Preis zu- meist recht freudig erstaunt, belief er sich doch häufig nur auf einen Bruchteil des deutschen Preises. Einige ökonomisch denkenden Touristen besorgen sich gleich einen Jahresvorrat ihrer gewohnten Arzneien, was auch dadurch erleichtert wird, daß unsere Kollegen in pharmazeuti- schen Niedrigpreisländern die auch dort auf dem Papier existierende Rezeptpflicht nicht sonderlich ernst nehmen.

Weshalb kostet z.B. mein bevorzugtes Schup- penshampoo auch im reichen Luxemburg nur ein Viertel des deutschen Preises? Die BRD hat die drittgrößte Pharmaproduktion und den größten Pharmaexport der Welt. Im Stammland einiger der bedeutendsten Arzneimittelhersteller und -expor- teure haben diese die Richtung der gesundheits- politischen Entwicklung jahrzehntelang ohne sehr große Widerstände bestimmen können. Preiskon- trollen, wie sie auch in vielen kapitalistischen Industriestaaten bestehen, waren in der BRD lange undenkbar.

Nahezu stetiges Wirtschaftswachstum und ein praktisch die gesamte Bevölkerung erfassendes leistungsfähiges Krankenversicherungssystem machten die deutschen Arzneipreise bezahlbar. Das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Kran- kenversicherung und die im internationalen Ver- gleich eher mäßige Selbstbeteiligung der Patien- ten bewirkten, daß ihnen bis 1989 (Einführung der Festbeträge) die Preise recht gleichgültig sein konnten. Auch für die Ärzte gab es sehr lange keine effektiven Kontrollen des Verschrei- bungsverhaltens, solange sie nicht deutlich vom Verschreibungsdurchschnitt ihrer Facharztgruppe abwichen.

Diese für die pharmazeutische Industrie paradie- sisch gewesenen Umstände sind die Ursache für das vergleichsweise hohe Niveau der Arzneiprei- se in der BRD. Nahezu zwangsläufig verführen größere Preisunterschiede aber dazu, daß ein- zelne Marktteilnehmer versuchen, Arbitragege- winne zu realisieren. Dies ist bei Arzneimitteln allerdings nicht so einfach. Man darf sich nicht einfach mit einem Koffer voller italienischer Anti- biotika, französischer Kopfschmerztabletten und portugiesischer Ovulationshemmer auf einen Marktplatz stellen, um sie wohlfeil anzubieten; es gilt vielmehr eine Vielzahl arzneimittelrechtlicher Bestimmungen zu beachten.

Die erste Firma, die seit den 70er Jahren Reim- porte in der BRD vertreibt, ist Eurim-Pharm im bayerischen Piding. Anfangs kam der erzielte Preisvorteil lediglich den Apotheken zugute - und natürlich Eurim-Pharm selber. Es gab Naturalra- batte von 30 %, so daß - bei damals noch identi- schen Verkaufspreisen - die Apotheken, vergli- chen mit den damaligen Großhandelskonditionen, ihre Rohgewinne bei den von Eurim-Pharm ver- triebenen Arzneien um mehr als ein Viertel hät- ten steigern können. Daß dennoch nur ein Bruch- teil der Apotheken Reimporte bestellte, mag zum einen an fehlender betriebswirtschaftlicher Quali- fikation der Apotheker liegen, zum anderen aber auch an Zweifeln an der Qualität und an der Akzeptanz durch die Patienten.

Wenn die Apotheker nicht wollen, sollen sie müs- sen, wird man sich Mitte der 80er Jahre bei Eu- rim-Pharm und anderen Reimporteuren gesagt

### Begriffsbestimmung

Reimporte sind strenggenommen nur die Arzneimittel, die in der BRD produziert, exportiert und zurück in die BRD importiert wurden. Parallelimporte wurden im Ausland für den dortigen Markt oder ein Drittland hergestellt und dann parallel zum offiziellen Weg, der über die deutsche Niederlassung des Herstellers oder einen deutschen Lizenznehmer läuft, in die BRD eingeführt. Schließlich können auch Arzneimittel deutscher oder ausländischer Warenzeicheninhaber in verschiedenen Ländern produziert worden sein und neben der hier oder anderswo produzierten Ware importiert werden. Entscheidend ist die Wirkstoff- und Dosierungs- und Namensgleichheit. Ich werde im folgenden nur den Begriff Reimporte gebrauchen, da er der gebräuchlichste ist.

haben, als die ersten Verkaufspreise von Reimporten gegenüber den Originalpreisen gesenkt wurden. Gleichzeitig wurden die Rabatte für die Apotheken deutlich verschlechtert, so daß die effektiven Einkaufspreise z.T. sogar stiegen. Die Krankenkassen wurden dazu aufgefordert, von den Apotheken die Abgabe von Reimporten zu verlangen, wobei sie sich auf Liefervertragsklauseln, die eigentlich für Generika vorgesehen waren, berufen konnten; dies führte zu ersten Regressen. In der Folge wurden dann von den Apothekervereinen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landes- oder Bundesebene die Bedingungen für die Abgabe von Reimporten vereinbart, die zumindest nicht vorsahen, daß die Originalpräparate gar nicht mehr abgegeben werden dürften.

Die erzwungenermaßen größere Nachfrage der Apotheken bewirkte ein starkes Ansteigen der Zahl der Importfirmen, was wiederum eine Verbesserung der Bezugskonditionen der Apotheken zur Folge hatte, wenn auch die alten Rabatte bei weitem nicht erreicht wurden. Einige Importeure allerdings teilten sich in zwei Firmen auf, von denen die eine im Verkaufspreis verbilligte Arzneimittel mit mäßigen Rabatten, die andere Arz-

neien zu Originalpreisen mit enormen Rabatten anbietet; im Resultat zahlt die Apotheke in beiden Fällen für die gleiche Ware praktisch den gleichen Nettopreis, kann aber im zweiten Fall einen deutlich höheren Rohgewinn realisieren, könnte auch Retaxierungen gelassen entgegen sehen, verhielte sich allerdings gäbe sie die teuren Reimporte anstatt der billigen ab, gleich wie sie taxiert würden.

1989 wurde die Verpflichtung zu Abgabe von Reimporten im Gesundheitsreformgesetz erstmals gesetzlich geregelt, wobei die Verbände von Krankenkassen und Apotheken zum Abschluß einer Rahmenvereinbarung aufgefordert wurden, was im letzten Jahr geschah. Diese Rahmenvereinbarung bringt zwar eine Verschärfung gegenüber den bestehenden Lieferverträgen, bedeutet aber nicht, daß nur noch Reimporte abgegeben werden dürfen, sie ist zudem noch durch Verträge auf Landesebene interpretierbar. Es bleibt abzuwarten, wieweit die Rahmenvereinbarung umgesetzt wird, zumindest die ganz große Retaxierungsaktion hat bislang noch nicht stattgefunden.

Für 1991 haben die Ortskrankenkassen das mögliche Einsparpotential durch Reimporte auf 560 Millionen DM geschätzt, was einem Umsatz von 3,5 Milliarden DM und einem Marktanteil von ca. 14 Prozent entspräche; ihr tatsächlicher Marktanteil lag bei ca. 0,7 Prozent des Verordnungsumsatzes zu Lasten der GKV, was bedeutet, daß nur - berücksichtigen wir die geringeren Preise - ca. 6 Prozent des Einsparpotentials ausgenutzt wurden. Das durch Reimporte mögliche Einsparpotential muß sicher durch die starken Umsatzverlagerungen von Originalpräparaten zu Generika, Folge des Gesundheitssicherstellungsgesetzes von 1993, und durch die Preissenkungen infolge weiterer Festbeträge stark nach unten korrigiert werden, ich schätze einmal vorsichtig um mindestens 15 bis 20 Prozent.

Wer hat eigentlich ein Interesse am verstärkten Einsatz von Reimporten und wer nicht? Zu den Gegnern gehören:

- die Hersteller der Originalpräparate. Sie verdienen zwar auch an den Reimporten, aber natürlich wesentlich weniger. Sie können den Vertrieb ihrer Produkte im Ausland auch nicht ein-

fach einstellen, da sie auch bei geringeren Preisen noch mehr verdienen, als wenn sie im Ausland überhaupt keinen Umsatz machten. Sie versuchen teilweise, daß Problem dadurch zu lösen, daß sie ihre Arzneien im Ausland unter anderen Namen vertreiben, wobei die Gerichte lediglich bloße orthographische Varianten ("c" statt "k", französische Akzente, stummes "e" etc.) als gleichnamig betrachten, während die Zulassungsbehörden auch bei Fällen wie Ovidiol/Oviol oder Zantac/Zantic großzügig sind. Geht es aber um eine ganze Silbe (Mevacor/Mevinacor), so läuft für den Importeur nichts.

- die pharmazeutischen Großhändler. Sie verdienen an den Reimporten überhaupt nichts, würden sie sie in ihr Sortiment aufnehmen, so wären einerseits die Beziehungen zu Apotheken und Herstellern getrübt, andererseits würden die Importeure die lukrativeren Aufträge vermutlich weiter im Direktgeschäft mit den Apotheken abwickeln. Die Rechtmäßigkeit der Ablehnung des Vertriebs von Reimporten durch den Großhandel ist vor kurzem erst gerichtlich bestätigt worden.
- die Mehrzahl der Apotheken. Sie fürchten den Umsatzrückgang, die umständliche Direktbestellung, die mögliche Ablehnung durch die Patienten und mögliche Qualitätsmängel.
- eine abnehmende Zahl von Ärzten. Sie schrecken Compliance- und Qualitätsprobleme. Seit dem Inkrafttreten des GSG mit dem Arzneikostenbudget ist die Zahl der Stempel "Kein Reimport" aber deutlich zurückgegangen, der eine oder andere Arzt verordnet jetzt sogar gezielt Reimporte.
- ein Teil der Patienten. Sie fürchten Qualitätsmängel und sind durch die häufig unterschiedliche Packungsaufmachung irritiert.

Befürworter eines verstärkten Reimporteinsatzes sind:

- die Reimporteure selber. Sie leben davon.
- die Krankenkassen. Sie wollen einen möglichst hohen Anteil des Einsparpotentials realisieren, um ihre Beitragssätze und damit die Lohnnebenkosten niedrig halten zu können.
- die überwiegende Mehrzahl der Gesundheits- und Sozialpolitiker. Sie wollen gleichfalls die Krankenversicherungskosten senken.

- der kostenbewußtere Teil der Patienten. Sie wollen selber Geld sparen (z.B. bei Ovulationshemmern) oder ihre Krankenkasse nicht übermäßig belasten.
- Verbraucherschutzorganisationen. Sie reagieren recht sensibel auf ihrer Ansicht nach überhöhte Preise. Eine Aktion der Patientenberatung der Verbraucherzentrale Hamburg war für uns, die Hamburger Regionalgruppe des VDPP, Anlaß, uns mit diesem Thema näher zu befassen. (siehe nebenstehenden Bericht)

Kaum zu dem Thema geäußert haben sich die meisten kritischen Stimmen in der Pharma-Politik, so auch der VDPP. Sicher ist es eigentlich ein eher marginales Thema; würde aber tatsächlich das gesamte theoretisch mögliche Einsparpotential ausgenutzt, so wäre fast jede siebte zu Lasten der GKV abgegebene Packung ein Reimport, was eine nähere Befassung mit dem Thema notwendig macht.

Für einen verstärkten Einsatz von Reimporten spricht aus gesamtgesellschaftlicher Sicht - natürlich nicht unbedingt aus der Sicht derer, die vom Arzneimittelumsatz leben - die Möglichkeit der Kosteneinsparung. Wenn wir allerdings berücksichtigen, daß - vom möglichen Umsatz von 3,5 Milliarden DM her betrachtet - mehr als die Hälfte davon auch durch Generika, die noch bedeutend preisgünstiger sind, ersetzt werden könnte, und uns nur die Reimporte mit patentgeschützten Wirkstoffen anschauen, so bleibt noch nicht einmal die Hälfte der oben genannten 560 Millionen übrig, wohingegen ein verstärkter Generikaeinsatz ein Vielfaches dieses Betrages einspart.

Reimporte ermöglichen eine Therapie mit "Markenarzneimitteln zu günstigen Preisen"; den Slogan "Markenarzneimittel zu Generikapreisen" ließ der Generika-Marktführer dem Reimport-Marktführer verbieten. Dies impliziert eine generelle Minderwertigkeit von Nicht-"Markenarzneimitteln", also Generika, die durch keine Untersuchung belegbar wäre.

Die Arzneimittelhersteller würden durch einen verstärkten Einsatz von Reimporten gezwungen, ihre Preise anzupassen. Ihnen bliebe, würden auf

Im September und Oktober 1993 geschah es in Hamburger Apotheken öfter, daß Patienten fragten: "Haben Sie eigentlich Importarzneimittel?" Die Ursache war eine Untersuchung der Verbraucherzentrale zu diesem Thema (siehe hinten die Kurzfassung derselben), über die die Hamburger Lokalpresse ausgiebig berichtet hatte. Nachdem wir uns die Untersuchung besorgt hatten, kamen wir in der Hamburger VDPP-Gruppe zum Schluß, daß - wenn auch ansonsten die Arbeit der Verbraucherzentrale höchst verdienstvoll ist - hier doch einige wichtige Gesichtspunkte gar nicht erwähnt werden und die Untersuchung recht einseitig eigentlich nur die Argumentation der Reimporteure übernehme.

Wir bemühten uns daher um einen Gesprächstermin mit der Patientenberatung der Verbraucherzentrale, was dazu führte, daß nach einigen Termenschwierigkeiten schließlich Gudrun Hahn, Thomas Hammer und ich am 16. Dezember in der Verbraucherzentrale mit zwei Autorinnen der Untersuchung, beide Juristinnen zusammenkamen.

Wir stellten unsere Probleme, die wir mit Reimporten haben, dar und brachten auch einige Beispiele für zusammengestückelte Packungen mit. Weiter erläuterten wir, daß vom Rohgewinn her Reimporte für die Apotheken gar nicht so furchtbar sind, daß die Akzeptanz durch die Patienten aber - unserer Ansicht nach teilweise zu recht - nicht immer sehr hoch sei. Auch der ökologische Aspekt der Reimporte wurde von uns angesprochen.

Wir betrachteten die Untersuchung als nicht besonders fair, da die beiden für die Apothekenbefragung genommenen Produkte nicht gerade Umsatzrenner sind, mit Marvelon und Rytmonorm hätte es beispielsweise sicher andere Ergebnisse gegeben. Auch die Tatsache, daß z.B. mit Lyn-Sequenz Ratiopharm und Sotahexal bei den gewählten Produkten erheblich größere Einsparungen möglich wären, war den Autorinnen nicht bekannt. Die Studie stützt sich neben der eigenen Befragung hauptsächlich auf Informationen durch den größten Reimporteur, fairerweise wurde allerdings vor der Veröffentlichung auch ein Gespräch u.a. mit dem Hamburger Apothekerverein gesucht, der sich hier argumentationsmäßig offensichtlich nicht mit Ruhm bekleckert hat.

Wenn es uns auch nicht gelungen ist, die Autorinnen von ihrer Befürwortung einer verstärkten Abgabe von Reimporten abzubringen, verlief das Gespräch ansonsten recht freundlich-solidarisch und wir vereinbarten, zu anderen Themen weiter Informationen auszutauschen.

Kassenrezept überwiegend Reimporte abgegeben, tatsächlich nichts anderes übrig, sie würden bei einer Preissenkung knapp unter das Niveau der Importpreise ja immer noch mehr verdienen, als wenn sie ihre Ware nur noch ins Ausland lieferten, da in den Preisen der Reimporte ja noch die Kosten für Transport, Umkonfektionierung etc. enthalten sind. Es hat sich auch umgekehrt gezeigt, daß da, wo z.B. wegen der Festbeträge die Hersteller ihre deutschen Preise erheblich gesenkt haben, die Reimporte teilweise vom Markt verschwunden sind.

Gegen den verstärkten Einsatz von Reimporten sprechen die mit ihm verbundenen Complianceprobleme. Unterschiedliches Aussehen der Ver-

packung und teilweise auch der Arzneimittel selber, fremdsprachige Beschriftungen, gestückelte Packungen mit zerschnittenen Blisterstreifen, differierende Verfalldaten etc. erhöhen nicht unbedingt das Vertrauen der Patienten. Diese Schwierigkeit läßt sich noch nicht einmal beseitigen, wenn ein Patient nur den Reimport und nur den eines immer gleichbleibenden Importeurs erhalte, denn auch dann wechseln häufig Herkunftsland und Stückelung, selbst gleichzeitig gelieferte Packungen verschiedener Größen ein und desselben Medikaments stammen nicht selten aus verschiedenen Ländern. Dies stellt - soweit dennoch die therapeutische Äquivalenz gegeben ist - für jüngere, aufgeklärte Patienten

nicht unbedingt ein Problem dar, sehr wohl aber für viele ältere.

Ökologisch betrachtet sind Reimporte absolut unsinnig. Um Patienten oder Krankenkassen ein paar Mark zu ersparen, werden Arzneimittel kreuz und quer durch Europa transportiert, werden Beipackzettel fortgeworfen und neu gedruckt und werden Aufkleber für die Packungen angefertigt und verklebt, die die nach deutschem Arzneimittelrecht nötigen Angaben enthalten und farblich nicht allzusehr auffallen sollen. Letztlich ist es das, betrachtet man die ökologischen Folgekosten - hochsubventionierte Benzin, das die Importe künstlich verbilligt. Diesem Argument kann man entgegenhalten, daß auch manches Originalpräparat lange Wege hinter sich hat, bevor es in unseren Schubladen landet, und der eine oder andere Parallelimport auf dem gleichen Weg wie das Original zu uns findet, einen unnützen Papier- und Kunststoffolienverbrauch fordert aber jeder Reimport.

Die Reimporte zwingen die Apotheken dazu, ihr Warenlager noch weiter aufzublähen, da die Originalpräparate ja nach wie vor existieren und zumindest von der Mehrzahl der Privatversicherten nach wie vor verlangt werden dürften. Bei der gezielten Verordnung bestimmter Reimporte ist die Apotheke verpflichtet, auch diese zu beschaffen, selbst wenn sie aus dem gleichen Land wie die in der Apotheke schon vorhandenen stammen. Ein nicht unwesentlicher Teil der Arbeitszeit, die für die Beratung der Patienten eigentlich besser verwendet wäre, wird damit vertan, ihnen zu erklären, warum ihr Medikament jetzt ganz anders aussieht, daß es ihnen wahrscheinlich nicht mehr schaden wird als das Original etc.

Reimporte nicht mehr patentgeschützter Arzneimittel sind verglichen mit Generika sehr teuer. Liegt die Ersparnis bei den Reimporten meist nur bei 10 - 20 %, so ist sie bei Generika durchschnittlich doppelt so hoch. Von den heute noch patentgeschützten Wirkstoffen, die auch als Reimporte im Handel sind, werden beim Ablauf von deren Patentschutz auch Generika auf den Markt kommen, während neuere Wirkstoffe dafür nicht in Frage kommen, da klügere Hersteller sie in Deutschland von vornherein unter einem genü-

gend abweichenden Namen vermarkten, sofern sie nicht auf der Herstellerebene ohnehin europaweit die gleichen Preise realisieren können.

Die Realisierung des vollen Einsparpotentials wäre dadurch erschwert, daß bei manchem Arzneimittel der gesamte bisherige Auslandsumsatz nicht ausreichen würde, um eine gesteigerte deutsche Nachfrage nach Reimporten zu befriedigen. Schon heute ist die Lieferfähigkeit einiger Importeure nicht gerade sehr hoch, mir passiert es jedenfalls häufiger, daß ich einzelne Präparate wochenlang nicht erhalte. Man kann die Schuld daran natürlich dem Hersteller geben, der selber nicht genügend in die Herkunftsländer bzw. an die dort von ihm als Reimport-Lieferanten ausgemachten Großhändler liefert, doch ändert dies am Problem wenig.

Am schwersten wiegen Bedenken gegen die pharmazeutische Qualität von Reimporten. Da praktisch alle betreffenden Arzneimittel aus EG-Mitgliedsstaaten oder aus Österreich stammen, also aus Ländern, deren Arzneimittelüberwachung zumindest nicht wesentlich schlechter funktioniert als die unsere, sollte eine Gleichwertigkeit gewährleistet sein; um Markenpiraterie und Arzneimittelfälschungen, wie sie in Ländern der Dritten Welt vorkommen muß man sich wohl keine Sorgen machen. Dies bedeutet aber keine Gleichartigkeit, sie können sich von den Originalpräparaten was Hilfsstoffe und Pharmakokinetik betrifft durchaus in dem Maße unterscheiden, in dem sich etwa deutsche Originalpräparate und Generika oder Generika untereinander unterscheiden. Dies gilt sowohl für Re- und Parallelimporte als auch für Produkte, die unter einem Warenzeichen in verschiedenen Ländern hergestellt werden.

Abweichungen in Farbe, Form, Geruch oder Geschmack müssen nicht, können aber auf unterschiedliche Verträglichkeit oder Pharmakokinetik hinweisen. Mir sind zumindest bei Ovulationshemmern innerhalb eines halben Jahres von drei Patientinnen Unverträglichkeiten berichtet worden, die diese beim Originalpräparat nicht gehabt haben wollen. Dennoch ist hier die Nachfrage nach Reimporten besonders hoch und es verordnen nach wie vor mehr Gynäkologen gezielt

Reimporte als - durch einen entsprechenden Stempel - gezielt das Original.

Was den Wechsel zum Reimport wesentlich problematischer macht als den Wechsel zum

Generikum ist die Tatsache, daß letzterer immer nachvollziehbar ist, sei es durch die Verordnung des Arztes, der ein bestimmtes Generikum verordnet, sei es durch die Apotheke, die die Abgabe auf dem Rezept vermerkt. Bei Reimporten

hingegen ist selbst dann, wenn der Patient immer nur den Reimport einer Firma erhält, nicht sicher, daß er immer das gleiche Medikament hat, es kann sich einmal um griechische einmal um belgische und einmal um portugiesische Ware handeln, deren pharmakokinetische Daten jedesmal unterschiedlich sind.

Fazit: Sollte die Rahmenvereinbarung vollständig umgesetzt werden, so wäre fast jede siebte zu Lasten der GKV abgegebene Arzneipackung ein Reimport, was Einsparungen von knapp 2 % der Arzneikosten bewirken könnte. Die möglichen Probleme bei Compliance und Verträglichkeit wiegen m.E. schwerer, so daß wir Patienten, die für sich Reimporte ablehnen, ermutigen sollten, sich gezielt das Originalpräparat oder gleichwertige Generika verschreiben zu lassen und gegebenenfalls auch vor das Sozialgericht zu ziehen.

#### Reimporte - Ruin der Apotheken?

Eine vollständige Umsetzung der Rahmenvereinbarung mit den Krankenkassen würde die Ausgaben der Krankenkassen - und damit natürlich auch den GKV-Umsatz der Apotheken - um knapp 2 % senken. Das scheint zunächst einmal nicht viel zu sein, angesichts der massiven Umsatzeinbrüche durch das GSG sollte man meinen, daß es doch für die eine oder andere Apotheke das Ende bedeuten könnte.

Stimmt das so? Bedeuten diese Umsatzverluste auch entsprechende Rohgewinnverluste? Ich will einmal eine kleine Modellrechnung anstellen: Wir kaufen verschiedene Originalarzneimittel zum Lauer-Preis von 1000,- DM. Davon geht der Krankenkassenrabatt ab, es bleiben 950,- DM. Minus Umsatzsteuer bleiben 826,- DM echter Umsatz. Der Lauer-Einkaufspreis beträgt durchschnittlich 610,- DM. Minus sagen wir einmal 9 % Rabatt und plus 2,5 % Handelsspannenausgleich (Malus) zahlen wir dafür 570,- DM, abzüglich 1,5 % Skonto bleiben 562,- DM. Wir haben also einen Rohgewinn von 264,- DM, was für den GKV-Bereich ungefähr repräsentativ ist. (Wem hier der Malus zu hoch angesetzt ist, der senke den Rabatt entsprechend.)

Betrachten wir nun den Fall, daß wir diese Arzneien als Reimporte beziehen. Ich gehe hier von den Konditionen der Tochterfirma einer großen Optikerkette aus. Der Lauer-Verkaufspreis beträgt 900,- DM, damit ist den Forderungen der Krankenkassen genüge getan. Abzüglich GKV-Rabatt und Mehrwertsteuer bleiben 743,- DM Umsatz. Eine identische nominelle Handelsspanne vorausgesetzt, beträgt der Einkaufspreis 549,- DM. Wir haben aber 10 % Rabatt (gibt's hier ab 1000,- DM monatlich), keinen Malus und 3 % Skonto bei Bankeinzug, zahlen also 479,- DM. Dies ergibt einen exakt gleichen Rohgewinn von 264,- DM, der sich durch die degressive Handelsspanne sogar noch um weitere (geschätzte) 8,- DM erhöhen dürfte, da bei einzelnen Präparaten der Reimport in eine höhere Aufschlagszone rutscht.

Man mag diese Rechnung anzweifeln, es gibt Reimporteure, die nicht alle Präparate so hoch rabattieren, eine höhere Nachfrage der Apotheken wird zunächst schlechtere Konditionen verursachen, dann aber die Zahl der Importeure wieder erhöhen, so daß sie wieder höhere Rabatte anbieten müssen etc. Insgesamt aber wird der mögliche Umsatzrückgang keinesfalls einen proportionalen Rückgang des Rohgewinns bewirken.

Udo Puteanus

# Apotheken und Krankenkassen - Apotheker bei den Krankenkassen

## Teil II

Apotheker bei den Krankenkassen, eine nicht ganz gewöhnliche Berufsausübung für Apothekerinnen und Apotheker. Denn nur die wenigsten können sich vorstellen, daß die Arbeit bei den Krankenkassen interessant und abwechslungsreich ist. Wer wird schon das Studium gewählt haben, um später bei den Krankenkassen seinen Dienst zu tun, wer kann sich schon vorstellen, was Apothekerinnen und Apotheker bei den Krankenkassen zu tun haben.

Der erste Teil dieses Beitrags (siehe Rundbrief Nr. 20 / September 1993) hatte deutlich gemacht, in welchem Spannungsverhältnis die Apothekerschaft zu den Krankenkassen stand und auf welche Tradition die Apothekerinnen und Apotheker bei den Krankenkassen zurückblicken können. In dem nun folgenden zweiten Teil soll aufgezeigt werden, welche Funktionen die ApothekerInnen bei einer Krankenkasse haben oder haben könnten.

Apotheken und Krankenkassen: ist eine Zusammenarbeit langfristig möglich? Dort wo zwangsweise Beziehungen vorhanden sind, ist zwar die Gegnerschaft vorherrschend, das Wohl des Kranken in den Mittelpunkt zu stellen, ist aber das Ziel beider - und auch des VDPP. Welche Organisation erfüllt bessere Voraussetzungen, um gemeinsame Projekte für eine bessere Arzneimittelversorgung anzustoßen als der VDPP? Deshalb: Es gibt Möglichkeiten der Zusammenarbeit; Krankenkassen und Apotheken haben sogar die Pflicht zur Zusammenarbeit, und sie haben die Möglichkeiten. Letzteres sollte vor allem für den VDPP Ansporn sein, sich zu engagieren; denn einige seiner Mitglieder arbeiten bei den Krankenkassen. Einen Dialog zwischen Krankenkassen und Apotheken zu fördern und für ein besonderes Engagement des VDPP zu werben, ist der Sinn der folgenden Ausführungen.

Der Blick in die Geschichte (vgl. VDPP-Rundbrief Nr. 20) zeigte die tiefgehenden Auseinandersetzungen zwischen Apothekern und Krankenkassen seit der Bismarckschen Einführung des Krankenversicherungssystems in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts. Die gegeneinander ausgefochtenen Kämpfe führten im Laufe des Jahrhunderts zu einem tiefen Zerwürfnis und grundsätzlichen Mißtrauen zwischen beiden Parteien. Doch es ist zu einfach, wenn man die Gegnerschaft nur mit den jahrzehntelangen und damit eingefahrenen Gefechten gegeneinander begründet.

### Die Gegnerschaft hat System

Mit dem Aufbau der "neuen" Krankenkassenlandschaft in der ehemaligen DDR seit Januar 1991 hätte es eigentlich zu einem Neuanfang im Verhältnis zwischen Apothekern und Krankenkassen kommen können. Die in Westdeutschland bekannten Rituale waren zum Zeitpunkt der Einführung des neuen Systems noch nicht bekannt und schon gar nicht verinnerlicht. Nach inzwischen drei Jahren bundesdeutscher Krankenversicherung in den neuen Bundesländern ist jedoch eine Tendenz zu einer grundsätzlich anderen Umgehensweise miteinander nicht zu erkennen. Die gegenseitigen Beschuldigungen unterschei-

den sich nicht wesentlich von alten und (mir) allzu bekannten gegenseitigen Vorwürfen. Sicherlich werden die jeweiligen westdeutschen Einflüsse beim Aufbau des Krankenversicherungssystems und der Privatisierung der Apotheken einen wichtigen Stellenwert haben. Das Problem sitzt aber wohl tiefer und ist systemimmanent.

Die Gegnerschaft zwischen den Krankenkassen und den Apothekern ist die Folge der unterschiedlichen wirtschaftlichen Interessen. Und diese lassen sich nicht wegdiskutieren. Solange die Apotheken vom Umsatz und dem daraus erzielten Gewinn leben, werden sie jeden als Gegner begreifen, der ihren Gewinn einzuengen droht. Die Krankenkassen werden dagegen immer bemüht sein, die Ausgaben so niedrig wie möglich halten. Gleichzeitig muß die Qualität der "eingekauften" Leistung stimmen, um gegenüber den anderen Krankenkassen nicht ins Hintertreffen zu geraten.

Gerade der letzte Punkt - der angesprochene Wettbewerb unter den Kassen - wird in Zukunft enorm an Bedeutung gewinnen, denn ab 1996 besteht Wahlfreiheit für die Versicherten. Jede und jeder kann sich aussuchen, welcher Kasse er angehören wird (es gibt allerdings Ausnahmen). Die Versicherten werden sich die Kasse suchen, die ein hohes Versorgungsniveau zu gleichzeitig niedrigen Preisen anbietet. Diese Perspektive fördert nicht unbedingt die Hoffnung auf zukünftig bessere und verständnisvollere Beziehungen zwischen den Apothekern und den Krankenkassen.

Doch ist die Situation deshalb aussichtslos? Werden wir in Zukunft mit eher noch schlechteren Verhältnissen zwischen den beiden "Vertragspartnern" rechnen müssen?

#### **Das Prinzip: Eventuell besteht Hoffnung**

Ereignisse der letzten Zeit lassen ein wenig Hoffnung aufkommen. Die Apotheker haben durch die starken Umsatzeinbußen nach dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) Kräfte mobilisiert, die sie zu neuen Überlegungen führten. Vorsichtige Äußerungen aus der Standesführung über die Krankenkassen und die pharmazeutische Indu-

strie sowie Überlegungen über die Einführung eines Honorars bei der Abgabe preisgünstiger Arzneimittel (bei vorausgegangener Substitutionsgewähr durch die Ärzte) deuten darauf hin, daß - und dies sei mit aller gebotenen Vorsicht behauptet - zur Zeit alte Feindbilder abgebaut und alte Freunde auf Distanz gehalten werden. Nicht zuletzt die Eingliederung eines langjährigen Kassen-Apothekers (Franz-Jakob Kirsch) in die Standesführung ist ein Indiz für diesen vorsichtigen Richtungswechsel. Die Apotheker scheinen zu erkennen, daß sie mit den alten Fronten nicht mehr weiterkommen und etwas dafür tun müssen, wollen sie ihre besondere Stellung im Einzelhandelswesen und im Gesundheitswesen behalten und, wenn möglich, ausbauen. Wie weit dieser Richtungswechsel tatsächlich vollzogen und dauerhaft ist und ob dieser Wechsel auch von der Basis getragen wird, muß sich in Zukunft noch erweisen.

Aber auch die Krankenkassen haben seit etwas längerer Zeit erkannt, daß ein reiner Konfrontationskurs gegenüber den Heilberufen auf Dauer zu keinen guten Ergebnissen führt. Die Schritte sind noch etwas zaghaft, sie sollten aber nicht zu gering bewertet werden. Es werden Prüfvereinbarungen geschlossen, die ein gemeinsames Vorgehen der Kassen möglich machen. Inzwischen ist deutlich geworden, daß der Konfrontationskurs einer einzelnen Kasse für diese langfristig schwere Nachteile mit sich bringt. Denn welcher Versicherte identifiziert sich schon gern mit einer Kasse, die bei allen Heilberufen als die geizigste bekannt ist. Der Multiplikationseffekt der Heilberufe wird ernst genommen. Zudem werden Abteilungen, die früher lapidar "Abteilung Vertragswesen" hießen, in "Abteilung Gesundheitspartner" umgetauft, um damit den Wunsch nach gemeinsamer Partnerschaft für die Gesundheit der Versicherten zumindest verbal zu dokumentieren. Der in letzter Zeit zunehmende Einsatz von Apothekerinnen und Apothekern in den Krankenkassen weist darauf hin, daß grundsätzliche Berührungspunkte gegenüber dieser Berufsgruppe abgebaut wurden. Nicht zuletzt die Aufwertung des Grundsatzes "Beratung vor Regreß" zeigt die Richtung, die angestrebt wird.

Dies sind sicherlich nur kleine Hinweise, sie ganz zu ignorieren, würde jedoch die wenigen bestehenden Chancen für eine Besserung des Verhältnisses zunichte machen.

Weitere Indizien für die Möglichkeit einer Zusammenarbeit: Die bisher weitgehend ungehemmt gewachsenen Ausgaben der Krankenversicherung brachten die Politik auf den Plan, die mit bislang ungewohnter Schärfe in den Arzneimittelmarkt eingriff: stark erhöhte Selbstbeteiligung für die Patienten, Positivliste und Arzneimittelbudget sind hier die Stichworte. Die Politik griff ein, nachdem es der Selbstverwaltung (in erster Linie Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung, Apotheker spielen hier eine geringe Rolle) nicht gelungen war, gemeinsame Regelungen gegen die ausufernden Kosten und die darin steckenden Unwirtschaftlichkeiten und Gefahren zu erarbeiten. Der Spielraum der Selbstverwaltung wurde enger, was besonders die Heilberufe schmerzte. Die Kassen sahen sich allerdings in ihren Bestrebungen gestärkt.

Um aus dieser selbst zu verantwortenden Einschränkung wieder herauszukommen, sind die Heilberufe - und das gilt auch für die Apotheker - aufgerufen, Vorschläge zu erarbeiten, wie die Arzneimittelversorgung vom Ballast der Unwirtschaftlichkeiten und Gefährdungen der Patienten (siehe Arzneimittelmißbrauch, Sucht) befreit werden kann. Dies ist unabdingbar, um Ressourcen zu mobilisieren, damit die zukünftigen Arzneimittel-Notwendigkeiten (Stichwort demographische Entwicklung) und Arzneimittel-Möglichkeiten (neue Arzneimittel) bezahlt werden können. Außerdem könnte die Apothekerschaft für alle erkennbar den Nachweis erbringen, welchen Nutzen sie außer der Distribution von Arzneimitteln für die Arzneimittelversorgung erbringen will.

Es ist festzuhalten: das Verhältnis zwischen Apothekern und Krankenkassen ist seit Jahrzehnten belastet. Die Gegnerschaft ist in unserem Gesundheitssystem von vornherein angelegt und erscheint augenblicklich unüberwindbar. Es gibt Anzeichen dafür, daß beide Parteien aufeinander zugehen, weil es unter Umständen dem jeweiligen Interesse dient. Die Politik wird sonst weiter einengende Maßnahmen ergreifen. Beide Seiten,

Apotheken und Krankenkassen, werden ihren Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung öffentlich zeigen müssen. Letzteres ist für die Apotheker besonders wichtig, um weiterhin finanziell und beruflich entsprechend anerkannt zu werden.

### **Warum eine Zusammenarbeit Apotheken und Krankenkassen?**

Warum könnte die Zusammenarbeit von Apothekern mit den Krankenkassen von Vorteil sein?

Die Patienten wollen und brauchen optimale Versorgung. Ein Zusammenwirken aller am Gesundheitswesen Beteiligten kann nur von Vorteil für die Patienten sein. Das Gegeneinander mag auf anderen Gebieten der Wirtschaft Vorteile mit sich bringen, der kranke Mensch ist jedoch nur wenig geeignet, Subjekt oder Objekt eines Konkurrenzkampfes auf allen Gebieten des Gesundheitswesens zu sein.

Einige Antworten auf die Frage, warum eine Zusammenarbeit sinnvoll wäre, ergeben sich bereits aus dem vorher Gesagten. Beide Seiten wollen sich dem Griff der Politik entziehen, beide Seiten wollen etwas für ihr Image tun, beide Seiten haben erkannt, daß die reine Konfrontation kein Problem löst. Und Probleme sind auch nach dem Gesundheitsstrukturgesetz geblieben.

### **Ansatzmöglichkeiten**

Die Kosten werden wahrscheinlich nur vorübergehend auf einem niedrigeren Niveau verharren, bevor die medizinischen Notwendigkeiten und Möglichkeiten für ein erneutes Ansteigen der Ausgaben sorgen werden. Das Problem des rationalen Einsatzes von Arzneimitteln unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots und des Solidarprinzips der sozialen Krankenversicherung - also die Versorgung aller mit Arzneimitteln, die ein Arzneimittel aus medizinischen Gründen benötigen - bleibt (hoffentlich) auf der Tagesordnung.

Ein weiteres Problem ist der richtige Einsatz des Arzneimittels. Um Arzneimittel-Müll zu vermeiden, um Erkrankungen durch den falschen Arzneimittel-Einsatz zu vermeiden und um Arzneimittel-

Mißbrauch zu verhindern, sind große Anstrengungen notwendig. Wenn hier gemeinsame Dinge auf den Weg gebracht werden, könnte sich die Glaubwürdigkeit beider erhöhen.

Sofern der Selbstmedikationsmarkt wie erwartet steigt, kommt auf die Apothekerschaft eine besondere Verantwortung zu. Um auf diesem Gebiet Konflikte zu vermeiden, sollten die Apotheker ihr Heil nicht im uneingeschränkten Ausbau der Selbstmedikation suchen. Das müßte zwangsläufig Kassen und Verbraucherverbände auf den Plan rufen, um Verbraucherinteressen zu schützen und Arzneimittel-Fehlgebrauch zu verhindern.

Der Gedanke der Prävention und Früherkennung wäre ebenfalls ein Gebiet, auf dem gemeinsame Projekte für beide Seiten Vorteile brächte. Die Aktion zur Diabetes-Erkennung hat gezeigt, daß auf Spitzenebene bereits zusammengearbeitet wird.

Die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit ergibt sich auch aus der volkswirtschaftlichen Überlegung heraus, daß die hohen Aufwendungen bei der Apothekerausbildung bisher zu wenig genutzt wurden. Es müßte eigentlich im Interesse der Krankenkassen sein, das Wissen über Arzneimittel besser zu nutzen. Außerdem ist der häufige Kontakt zum Patienten ein Instrument, das auch für die Kassen ein wichtiger Faktor ist, um krankheitsverhindernde bzw. gesundheitsfördernde Maßnahmen zu verbreiten.

Die Apothekerschaft wäre schlecht beraten, würde sie ausschließlich auf strikten Konfrontationskurs gegenüber den Krankenkassen setzen. Das Ignorieren der Marktmacht der Kassen würde die (wenn auch geringen) Möglichkeiten schmälern, sich als notwendigen und nützlichen Gesundheitsberuf darzustellen.

Die genannten Ansatzpunkte sollten ausreichend sein, den Versuch einer Zusammenarbeit zu wagen.

### **Wie kann zusammengearbeitet werden?**

**Akzeptanz:**

Grundsätzliche Voraussetzung für eine Zusammenarbeit ist die Akzeptanz des anderen. Schon dies scheint große Probleme mit sich zu bringen. Und hier haben auch VDPP-Mitglieder, sofern sie Leiter von Apotheken sind (aber nicht nur diese), ihre Schwierigkeiten. Zugegebenermaßen ist unser Gesundheitssystem darauf ausgerichtet, die Akzeptanz des anderen zu erschweren. Wer sich jedoch mit den politischen Hintergründen unseres Gesundheitswesens sowie mit seinem historischen Werdegang beschäftigt hat, wird es leichter haben, Verständnis für die Gegebenheiten und für die Probleme des jeweils anderen aufzubringen. Das Programm des VDPP, das von den Mitgliedern des Vereins getragen wird, zeigt deutlich, daß dieses Hintergrundwissen vorhanden ist. Deshalb sind die Mitglieder besser als andere dazu in der Lage, die notwendige Grundakzeptanz gegenüber den Kassen aufzubringen - auch wenn der tägliche Kleinkrieg diese Möglichkeit oft zu verschütten droht.

Die Akzeptanz der Apotheken durch die Kassen ist schon weniger vorauszusetzen. Die Notwendigkeit flächendeckender Arzneimittelverteilung wird zwar anerkannt, aber alles, was darüber hinausgeht, ist in den bisherigen Strategien der Kassen wenig berücksichtigt worden. Die Wertschätzung der über die Distribution hinausgehenden pharmazeutischen Tätigkeiten, speziell der Beratung durch die Apotheken, ist gering. Der Wunsch, pharmazeutisches Know-how mehr als bisher zu nutzen und zu fördern, ist über verbale Streicheleinheiten bisher noch nicht hinausgekommen. Bislang ist für die Krankenkassen noch nicht erkennbar, warum sie den Apotheken mehr Aufmerksamkeit als bisher schenken sollten. Der Boom der Apothekengründungen in den letzten Jahren zeigte zwar die guten Verdienstmöglichkeiten auf diesem Gebiet, eine bessere Arzneimittelversorgung - zumal in den Städten - war aber damit nicht verbunden. Der erste Schritt zur Zusammenarbeit ist von Seiten der Krankenkassen deshalb nicht zu erwarten. Die Apotheker als Meinungsbildner im Wettbewerb der Kassen untereinander spielen außerdem keine den Ärzten vergleichbare Rolle.

**Fazit:** Der erste Schritt aufeinander zu muß von den Apothekern kommen. Und welcher Verband

könnte dabei besser eine Vorreiterrolle übernehmen als der VDPP!

#### Gesprächsbereitschaft:

Ist erst einmal die grundsätzliche Akzeptanz des anderen erreicht, muß die Gesprächsbereitschaft folgen. Es ist aber leider immer noch so, daß die meisten Tätigkeiten des jeweils anderen auf günstigstenfalls Unverständnis, meist jedoch Ablehnung stößt. Um ein Beispiel zu nennen: die Apotheken schimpfen über die Pfennigfuchserie und die Schikanen der Kassen bei der Rezeptkontrolle, und die Kassen unterstellen den Apotheken, grundsätzlich zum wirtschaftlichen Vorteil und hart an der Grenze des Erlaubten abzurechnen. Auch wenn diese Vorurteile leider oft ihre Berechtigung haben, sollte Gesprächsbereitschaft signalisiert und ein konkretes Angebot gemacht werden. In Bezug auf die Importregelung für Arzneimittel - ein klassisches Beispiel - ist wohl schon einiges in dieser Richtung geschehen.

Doch diese Gesprächsbereitschaft sollte zu einem Dauerzustand werden, um rechtzeitig auf Neuregelungen gemeinsam reagieren zu können und Mißverständnisse von vornherein auszuräumen. Besonders einsichtig sollte eigentlich der ständige Austausch zwischen Angehörigen des gleichen Berufsstandes sein. Hat sich eigentlich schon einmal jemand darum bemüht, die/den ortsansässige/n Apotheker/in der Krankenkasse einzuladen, um über die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zu sprechen. Die gleiche Ausbildung und eventuell gleiche Sozialisation sollten es eigentlich leichter machen, miteinander ins Gespräch zu kommen. Daß dies bereits Realität sein kann, beweisen die gemeinsamen "Stamm-tische", wie sie mir z.B. aus dem Regierungsbezirk Chemnitz bekannt sind.

#### Gemeinsame Aktionen

##### Gesundheitsförderung

Ist dadurch Verständnis und Vertrauen füreinander gewachsen, können gemeinsame Aktionen angedacht und durchgeführt werden. Warum ist es bisher noch nicht dazu gekommen, Gesund-

heitsfördermaßnahmen der Kassen zu unterstützen? Warum ist es selbstverständlich, sein Schaufenster der pharmazeutischen Industrie kostenlos zu Werbezwecken zur Verfügung zu stellen, wo doch meines Erachtens Gesundheitsfördermaßnahmen der Kassen sehr viel eher dem ideellen Ziel der ApothekerInnen (vor allem im VDPP) nahe kommen? Warum nicht vor Ort gemeinsam eine Aktion zum richtigen Umgang mit Arzneimitteln organisieren? Apotheken bringen ihr Know-how, ihre Schaufenster und andere räumlichen Möglichkeiten sowie den Vorteil ihrer zahlreichen Kundenkontakte ein, die Kassen sorgen für die Wirksamkeit der Aktion in der Öffentlichkeit und stellen die materielle und finanzielle Hilfe. Um solche Aktionen möglichst wirkungsvoll werden zu lassen, sollten alle ansässigen Apotheken zur Mitarbeit aufgefordert werden. Außerdem erscheinen entsprechende Initiativen von VDPP-Mitgliedern in den jeweiligen Apothekerkammern sinnvoll.

##### Pharmazentralnummer

Das leidige Thema: Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt und Pharmazentralnummer. Inzwischen droht der VDPP von der Landesführung links überholt zu werden. Immer häufiger werden von dieser Seite Überlegungen gemacht, was man mit der PZN nicht alles selbst anstellen könnte. Es ist immer noch so, daß das Fehlen der maschinenlesbaren Nummer auf dem Rezept die Kassen zögern läßt, die dringend notwendigen Auswertungen des ärztlichen Verordnungsverhaltens vorzunehmen. Wenn der VDPP nicht auch noch die letzte Chance verspielen will, muß er sich hierzu nun endlich äußern.

##### "Pharmaceutical Care"

"Pharmaceutical Care" - ein guter Gedanke, dessen Umsetzung auch im Interesse der Kassen sein dürfte. Dort, wo eine sinnvolle Betreuung der Patienten bei der Arzneimittel-Anwendung erfolgt, könnten sich die Krankenkassen unterstützend beteiligen. Der Weg kann jedoch nicht der sein, daß manche Apotheken eine gute Betreuung durchführen und anschließend eine finanzielle Honorierung für alle erfolgt. Statt dessen sollte bereits im Vorfeld gemeinsam überlegt

werden, wie beispielsweise Dosierungssysteme für den Patienten auszusehen haben, welche Kontrollmaßnahmen für die Patienten akzeptabel sind, welche öffentlichen PR-Aktivitäten dafür sinnvoll sind und wie möglichst viele Apotheken zur Mitarbeit gewonnen werden können. Bei einer solchen gemeinsamen Aktion könnte sich eine sinnvolle und langfristige Zusammenarbeit für beide Seiten entwickeln, ohne daß sich eine Seite übergangen fühlen muß. Bisher hat sich die Apothekerschaft jedoch noch nicht ausreichend dazu geäußert, wie sie sich die Umsetzung dieses Projektes im Detail vorstellt. Falls dies nicht bald erfolgt, droht aus einer guten Sache eine hohle Phrase zu werden, wie wir es beim Begriff "Home Care" bereits erlebt haben.

#### Arzneimittel-Standards

Pharmakologische Bewertung des Arzneimittelmarktes: Wie notwendig eine kontinuierliche Beobachtung und auch Einflußnahme auf den Arzneimittelmarkt heute ist, zeigen die bisherigen Analysen allzu deutlich. Viele Jahre lang konnte sich ein Arzneimittelmarkt in Deutschland behaupten, der allen kritischen Beteiligten letztlich unheimlich sein mußte. Da es sich gut damit verdienen ließ, war von Seiten der Apothekerschaft nur äußerst wenig zu vernehmen, was dem Unsinn hätte Einhalt gebieten können. Die bisherigen Blockierungen auf diesem Gebiet zu überwinden, ist sicherlich ein großes Stück Arbeit, aber hoffentlich nicht unmöglich. Es ist zu begrüßen, daß sich die Apothekerschaft dazu entschlossen hat, eine Qualitätsdatenbank für Arzneimittel aufzubauen. Das ist ein wichtiger Schritt, der bei seiner Umsetzung wohl auch von Vertretern der Kassen positiv vermerkt werden wird. Was jedoch unbedingt gebraucht wird, ist die permanente Bewertung der bereits zugelassenen sowie der neu auf den Markt drängenden Arzneimittel. Diese Bewertung wird von der ABDA allerdings nur in Ansätzen gewünscht, wie z.B. durch die Beteiligung bei der Erstellung des jährlichen Arzneiverordnungsreports. Was in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern möglich ist und erfolgreich vorexerziert wurde, müßte doch auch der deutschen Apothekerschaft gelingen.

Mit der Positivliste wird zwar der Markt eingengt, aber es bleibt sicherlich noch eine Menge zu tun, damit die positiv bewerteten Arzneimittel tatsächlich richtig eingesetzt werden. Wünschenswert wäre die Erarbeitung von Standards, die allgemein akzeptiert und geachtet würden, ohne daß von ihnen der unbedingte Zwang auszugehen braucht.

#### Ein gemeinsames Institut

Verständlich ist der Unmut der Apotheker, daß für die Erarbeitung der Positivliste nur wenig pharmazeutischer Sachverstand vorgesehen ist. Aber es ist nicht ratsam, auf diese Mißachtung trotzig zu reagieren. Um Veränderungen voranzubringen, bedarf es auch hier der Vorleistung. Warum wird nicht daran gedacht, gemeinsam mit den Kassen eine Institution aufzubauen, die Standards setzen kann? Die Mitarbeit von Kassen wäre zwar nicht unbedingt notwendig, würde aber die Akzeptanz enorm vergrößern. Dieses Institut könnte auch die Bewertung von Arzneimitteln vornehmen.

Zudem könnte eine solche Institution die Bemühungen der Apothekerschaft, die zur Zeit mit dem Begriff "Pharmaceutical Care" benannt werden, wissenschaftlich begleiten und ständige Verbesserungsvorschläge erarbeiten. Welche Schlüsse sich aus der Arzneimittel-Anwendungsproblematik ziehen lassen und in welchen Bereichen etwas gezielt verändert werden muß, ist tatsächlich ein Gebiet, das gründlich erforscht und anwendungsorientiert gelehrt werden muß. Vielleicht bekäme die Sozialpharmazie dann auch endlich die Anerkennung, die sie verdient. Sich für ein solches Projekt stark zu machen, wäre eine lohnenswerte Aufgabe für den VDPP.

Das inzwischen von der ABDA vorgelegte Konzept zur Zukunftssicherung der Arzneimittelversorgung (sprich: natürlich auch der Apotheken) enthält ebenfalls Überlegungen in diese Richtung. In diesem Papier wird von einem Institut gesprochen, dessen Aufgaben dem oben skizzierten Aufgabengebiet nahekommen. Den Krankenkassen wird allerdings nur die Rolle des zahlenden Zuschauers zugestanden, dessen eigene Vorstellungen zu Arzneimitteln außen vor zu

bleiben haben. Gleichzeitig wird auf diesem Gebiet eine Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen Industrie angestrebt, wodurch deutlich wird, in welchem Spagat sich die ABDA ihr zukünftiges Engagement vorstellt. Ob sich auf diese Weise eine Neupositionierung der Apothekerin/des Apothekers realisieren läßt, kann ernsthaft bezweifelt werden.

#### Positivliste für die Selbstmedikation

Der Vorschlag, für den Bereich der Selbstmedikation eine Art Positivliste zu erarbeiten, ist von der Hauptversammlung auf dem letzten Apothekertag in etwas veränderter und abgeschwächter Form angenommen worden. Diese Positivliste hätte sicherlich keinen bindenden Charakter, wäre aber für die Verbraucher sicherlich ein vernünftiger Anhaltspunkt. Auch hier würde die Akzeptanz steigen, wenn man sich die Unterstützung durch die Kassen sichern würde.

#### Eine kurze Wertung des ABDA-Papiers

Eine abschließende Bewertung der Vorschläge der ABDA ist noch nicht möglich. Bisher sind noch zu wenige konkrete Vorschläge auf dem Tisch. Die Vorstellungen der ABDA über neue Honorierungsmodelle, über ein eigenes, von den Kassen mitfinanziertes Arzneimittel-Institut und über neue Dienstleistungen ("Pharmaceutical Care") erscheinen bisher als eine Art Schnellschuß, um wenigstens zeigen zu können, die Apothekerschaft ist bemüht, sich an der zukünftigen Ausgestaltung der Arzneimittelversorgung aktiv zu beteiligen. In der Kürze der Zeit war sicherlich nicht zu erwarten, daß bereits ausgereifte Konzepte vorgelegt werden. Um so mehr ist zu kritisieren, daß es nicht gelungen ist, eine Tendenzwende in der Politik der ABDA durchzusetzen. Die Richtung, die die Politik der ABDA zukünftig einschlagen wird, bleibt bestenfalls unklar. Die Notwendigkeit einer engeren Zusammenarbeit mit den Krankenkassen - für die pharmazeutische Industrie für die Zukunft ein wichtiger Punkt - wird nicht gesehen. Statt dessen besteht weiterhin die Gefahr, daß die Apothekerschaft ihr Heil im (Konkurrenz-)Streit mit Ärzten und anderen Heilberufen sucht. Der Industrie will man nicht zu nahe treten und auch die Kranken-

kassen sollen das Gefühl bekommen, irgendwo berücksichtigt worden zu sein.

Vielleicht ist auch von einer Organisation wie der ABDA zum jetzigen Zeitpunkt keine klarere Sprache zu erwarten. Die vergangenen Jahre wurden ja auch nicht dazu genutzt, eine Trendwende mit der Basis (die diese vielleicht auch in ihrer Mehrheit gar nicht will) zu diskutieren und langfristig zu planen. Aber vielleicht ist es noch nicht zu spät, in eine ernsthafte Diskussion einzusteigen. Und hier sehe ich auch eine Zukunfts-Aufgabe für den VDPP, die ich im folgenden kurz erläutern möchte

#### Positionsbestimmung im VDPP

er

##### - Was kann der VDPP tun?

Der VDPP hat durch die KollegInnen bei den Krankenkassen, durch sein politisches Selbstverständnis und durch den Mut und die Visionsfähigkeit seiner Mitglieder die Möglichkeit, das Verhältnis zwischen Apotheken und Krankenkassen zum Thema der Landespolitik zu machen. Wenn es gelingt, die Zusammenarbeit als Chance zu begreifen, die Arzneimittelversorgung zu verbessern, lassen sich Wege finden, wie die Zusammenarbeit in die Tat umgesetzt werden kann.

Deshalb wäre es sinnvoll, die VDPP-KollegInnen bei den Krankenkassen würden sich mit Interessierten VDPP-BesitzerkollegInnen und sonstigen Interessenten aus dem Verein zu einem Treffen verabreden. Dort könnte zunächst, falls notwendig, grundsätzlich geklärt werden, wie das Verhältnis zwischen Apotheken und Krankenkassen aussehen sollte, um darauf aufbauend Grundsätze zu erarbeiten, die der VDPP als eigenen Beitrag in die Landespolitik einbringen kann. Außerdem könnten Projektvorschläge erarbeitet werden, wie die Zusammenarbeit konkret in die Tat umgesetzt werden kann. Beispielsweise könnte an einem kleinen Projekt (z.B. in Berlin, wo ein VDPP-Mitglied bei der AOK und viele in Apotheken arbeiten, die diesem Thema aufgeschlossen gegenüberstehen) demonstriert werden, wie eine Zusammenarbeit konkret funktionieren kann.

Ich fordere die Mitglieder auf, diesen Vorschlag zu unterstützen und eigene Vorstellungen zu diesem Thema zu artikulieren, damit ein solches Treffen zügig vorbereitet werden kann. Als Ter

min wäre der Herbst 1994 denkbar, falls die Zeit bis zur Sommerpause nicht mehr reichen sollte. Der Vorstand wird sich mit diesem Thema bereits auf seiner Sitzung Ende Februar 1994 in Isny beschäftigen.

### Nicht einfach schlucken!

- Was nützen Grippemittel wirklich?
- Welche Schmerzmittel sind empfehlenswert?
- Welche Gefahren bergen Schlaf- und Beruhigungsmittel?
- Sind alle pflanzlichen Arzneimittel harmlos?

Wenn Sie diese und ähnliche Fragen zu gebräuchlichen Arzneimitteln haben, kann Ihnen **medi-minus** weiterhelfen.

**medi-minus**, die kompakte Arzneimittelinformation in der Pillenschachtel, klärt über Risiken auf, gibt Tips für den vernünftigen Umgang mit Medikamenten und nennt auch Alternativen zum Pillenschlucken. Denn gerade bei Medikamenten gilt:  
**Weniger ist oft mehr!**



#### Bestell-Coupon

Bitte senden Sie mir:

- ein Ansichtsexpl. **medi-minus** (5 DM in Briefmarken oder bar liegen bei)
- Informationen zur Herausgeberin dieser Arzneimittelinformation: **BUKO Pharma-Kampagne** (2 DM in Briefmarken für das Porto liegen bei)

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Einsenden an: **BUKO Pharma-Kampagne**,  
August-Bebel-Str. 62, D-33602 Bielefeld

### Kassenhaß

Ein Mann, der eine ganze Masse  
Gezahlt hat in die Krankenkasse,  
Schickt jetzt die nötigen Papiere,  
Damit auch sie nun tu das ihre.  
Jedoch er kriegt nach längerer Zeit  
Statt baren Gelds nur den Bescheid,  
Nach Paragraphenziffer X  
Bekomme vorerst er noch nix,  
Weil, siehe Ziffer Y,  
Man dies und das gestrichen schon,  
So daß er nichts, laut Ziffer Z  
Beanspruchen weiter hätt.  
Hingegen heißt, nach Ziffer A,  
Daß er vermutlich übersah,  
Daß alle Kassen, selbst in Nöten,  
Den Beitrag leider stark erhöhten  
Und daß man sich, mit gleichem Schreiben,  
Gezwungen seh, ihn einzutreiben.  
Besagter Mann denkt, krankenkässlich,  
In Zukunft ausgesprochen häßlich.

EUGEN ROTH  
Neue Rezepte vom Wunderdoktor

## LESERBRIEF

### Widerspruch - und bescheidene Ergänzung

Im Beitrag von Udo Puteanus zum Thema "Apotheken und Krankenkassen.." (Rundbrief Nr. 20) vermisse ich (und bin darüber sehr erschrocken!) jeglichen Hinweis darauf, daß es neben dem "...rein innerdeutschen Problem.." des gegliederten Krankenkassensystems, was die Bundesländer der alten Bundesrepublik betraf, ein über 45 Jahre bewährtes Festhalten am ursprünglichen (gemeinsamen) Gedanken der Einheitskasse gegeben hat: das Sozialversicherungssystem der DDR.

Die Unterschlagung dieses Hinweises ist zum einen so schlimm, weil für den VDP deutsche Geschichte eben nicht nur "west"deutsche sein darf, wenn wir uns von den Großmachtgeschichtsschreibern unterscheiden wollen, zum anderen deshalb, weil in dieser Zeit Krankenkassen und Apotheken in der DDR nicht "...zwangsläufig im Konflikt.." leben und erfolgreich zum Wohle des Patienten arbeiten konnten.

Dazu einige kurze Erläuterungen:

In der DDR hatten sich relativ schnell 3 Sozialversicherungssysteme als erfolgreich erwiesen und herausgebildet, die in der Sozialversicherung beim FDGB (für alle "Werkstätigen" in abhängiger Beschäftigung, vom Generaldirektor bis zum Dreher ohne Unterschied), in der Sozialversicherung bei der Staatlichen Versicherung (für alle genossen-

schaftlich Arbeitenden) und in der Sozialversicherung bei der Staatlichen Versicherung für Freiberufler (Pfarrer, Künstler und wenige mehr) existierten. Den Hauptanteil hatte auf Grund der Sozialstruktur in der DDR die Sozialversicherung beim FDGB abzudecken, die spätestens seit 1955 den Charakter einer Kasse verloren hatte; seit dieser Zeit erhielt sie staatliche Zuschüsse, wachsend auf ca. 50% ihrer ständigen Ausgaben. Bei der Sozialversicherung des FDGB gab es anfangs (bis etwa 1963) auch Beratungsapotheker im althergebrachten Stil, die sich um Mißbrauchsverhinderung bei Ausgaben für die ambulanten Arzneimittelverordnungen bemühten. Es zeigte sich jedoch mehr und mehr, daß die Kontrolle von getätigten Verordnungen keine tragfähige "Arbeit nach vorn" zustande brachte, sondern Abstimmungen zwischen Ärzten, Apothekern und Sozialversicherung notwendig wurden. So wurden 1961 die "Kommissionen für wissenschaftlich-wirtschaftliche Verordnungsweise" ins Leben gerufen, in denen die o.g. Gruppen zwar hart in der Sache, nie aber feindlich oder gar diktatorisch miteinander umgingen, hatten doch letztlich alle das gleiche Ziel: optimale Patientenversorgung. Diese Grundhaltung des "Miteinander" schloß den korrekten Verkehr in allen Erstattungsfragen nicht aus. Die monatlichen Rezeptabrechnungen wurden betriebswirtschaftlich exakt erstellt und bei der Sozialversicherung geprüft. Dazu waren allerdings keine Beratungsapotheker mehr erforderlich, denn durch ein lineares Preisgefüge bei den meisten Arzneifertigwa-

ren erübrigten sich komplizierte Abgaberegeln, die eine "sachkundige" Kontrolle verlangten.

Anfang der siebziger Jahre wurde gemeinsam mit der Sozialversicherung unter Federführung durch das staatliche Gesundheitswesen in mehreren großen Territorien mit der Verarbeitung aller Rezepte über (damals noch sehr aufwendige, in den Ergebnissen aber sehr effektive) Datenverarbeitung begonnen. Der gewonnene Überblick über die allgemeinen und konkreten Verordnungsgewohnheiten war so beeindruckend, daß die Ärzteschaft beim Minister für Gesundheitswesen der DDR die Beendigung dieser analysefähigen Abarbeitung verlangte und durchsetzte. Bis dahin war noch kein Arzt in der DDR eine finanzielle Sanktion für beanstandbare Arzneimittelverordnungen ausgesprochen oder sein Jahresbudget gekürzt worden. Letztlich zahlte die Sozialversicherung zur Wahrung des sozialen Friedens alle Überziehungen.

Diese Form der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Apothekern und Sozialversicherung verhinderte auch in der DDR den ständigen Zuwachs beim Arzneimittelverbrauch nicht. Aber die ständige sachbezogene Auseinandersetzung dazu schuf über Jahre ein stabiles Verständigungsverhältnis, das bei der historischen Betrachtung "Apotheker und Kassen" nicht ignoriert werden kann.

Rolf Lipfert, Berlin

Thomas Hammer

## Fremdenfeindlichkeit

### Schwaches Echo der Kammern

Die nazistischen Anschläge der vergangenen Monate, besonders die Pfingsten '93 begangenen Morde von Solingen, bei denen 5 Frauen und Kinder umgebracht worden waren, veranlaßten die TeilnehmerInnen der VDPP-Mitgliederversammlung am 6. Juni 93 in Niederkaufungen, das Thema Fremdenfeindlichkeit auf die Tagesordnung zu setzen. Man kam überein, daß der geschäftsführende Vorstand einen Brief an die Kammerpräsidenten schreiben sollte, um sie an ihre Fürsorgepflicht gegenüber allen Mitarbeiterinnen in den Apotheken zu erinnern. Außerdem sollte gefordert werden, das Thema Fremdenfeindlichkeit in den Kammern zu diskutieren und anderes mehr.

Dieser Brief wurde nun Mitte Juni an alle 17 Apothekerkammern geschickt und erschien Anfang Juli auch in der DAZ und in der PZ (siehe auch RB 19/1993). Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, daß der Brief in der PZ erst nach einer längeren telefonischen Diskussion mit dem Chefredakteur Dr. Morck über Sinn und Notwendigkeit eines solchen Briefes abgedruckt wurde. Allerdings wurde ihm eine Anmerkung der Redaktion hinzugefügt, in der auf eine Resolution der Mitgliederversammlung der ABDA vom 29. Juni hingewiesen wurde, die man getrost als eine erste Reaktion auf unseren Brief ansehen kann. In derselben Ausgabe der PZ wurde dann auch

noch im redaktionellen Teil unter der Überschrift "Stürzbecher gegen Gewalt und Fremdenhass" berichtet, daß sich die oben erwähnte Mitgliederversammlung der ABDA "erneut in aller Entschiedenheit gegen Gewalt und Ausländerfeindlichkeit in unserem Land" ausgesprochen habe. "Stürzbecher forderte alle Mitgliedsorganisationen der ABDA auf, in ihren Bereichen zusammen mit allen Kolleginnen und Kollegen mitzuhelfen, allen Mitbürgern ausländischer Staatsbürgerschaft eine Heimat zu erhalten, in der sie sich wohl und sicher fühlen können. "Damit meine ich nicht zuletzt den großen Anteil ausländischer Mitarbeiter in unseren Apotheken," betonte Stürzbecher in seiner Erklärung." (PZ Nr. 27, 1993, S. 18)

Diese mahnenden und vernünftigen Worte des ABDA-Präsidenten machten Hoffnung, daß unsere Forderungen auch bei den Kammerpräsidenten Wohlgefallen finden würden. Welch Irrtum! Nur 4 der 17 angeschriebenen Kammern hielten es für nötig, auf unseren Brief zu antworten. Es waren dies die Kammern Westfalen-Lippe, Sachsen-Anhalt, Hessen und Hamburg. Auf unsere Forderungen wurde dabei jedoch oft nur am Rande oder überhaupt nicht eingegangen. So schrieb zum Beispiel für die Kammer Westfalen-Lippe ihr Geschäftsführer Jochen Stahl: "Ohne auf den umfangreichen Maßnahmenkatalog, den Sie in ihrem Schreiben vorschlugen, detailliert eingehen zu wollen, darf ich Ihnen mitteilen, daß die Apothekerkammer Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit anderen Heilberufskammern bereits im Februar 1993 eine groß angelegte öffentlichkeitswirksame Aktion gegen Ausländerfeindlichkeit durchgeführt hat." Weiter unten meint er: "Mit unserem öffentlichkeitswirksamen Plakat, daß in rund 18000 Apotheken, Arzt- und Zahnarztpraxen aushängt, wurde ein Zeichen der Humanität und Toleranz gesetzt, auf das die westfälisch-lippischen Heilberufe stolz sein können. Mit dieser Aktion sehen wir aber auch unsere derzeit bestehenden Möglichkeiten in diesem Kontext als erschöpft an." Wie schade! Das Zeichen der Humanität und Toleranz scheint nämlich im nahen Solingen nicht wahrgenommen worden zu sein.

Die Apothekerkammer Sachsen-Anhalt betont ebenfalls, daß sie an einer Plakataktion "Gegen Ausländerfeindlichkeit" teilgenommen hat. Sie

äußert sich darüberhinaus auch dazu, wieviele ausländische Mitarbeiter in den Apotheken Sachsen-Anhalts tätig seien: "So sind zur Zeit unter 1050 Apothekern lediglich 5 ausländische Kollegen, in den anderen Berufsgruppen sind uns bisher keine ausländischen Beschäftigten bekannt."

Für die Apothekerkammer Hessen meint ihr Präsident Jürgen Funke hinsichtlich einer doppelten Staatsbürgerschaft: "Wir halten die Einführung einer doppelten Staatsbürgerschaft jedoch nicht für die einzige Maßnahme, mit der solche tiefgreifenden Strömungen in unserer Gesellschaft eingedämmt werden können. Die Problemstellung geht wesentlich tiefer und ist durch wirtschaftliche Rezession und vor allem Arbeitsplatzmangel bedingt. "Auf andere Punkte unseres Briefes wollte er auch nicht eingehen.

Am ausführlichsten beschäftigte sich noch der Präsident der Apothekerkammer Hamburg, Dr. Gelberg, mit unserem "Forderungskatalog". Zu unserer Anregung, an alle Apotheken zu schreiben, um auf die Problematik der ausländischen MitarbeiterInnen hinzuweisen, schrieb er: "Ob es hilfreich wäre, in der jetzigen Situation alle Apotheken anzuschreiben und auf die besondere Problematik der ausländischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinzuweisen sowie den Anteil der ausländischen Mitarbeiterinn und Mitarbeiter in unserem Kammerbezirk festzustellen, ist für uns fraglich. Würde nicht dadurch evtl. sogar das, was für uns alle selbstverständlich und Alltag sein sollte, nämlich die Zusammenarbeit von Kolleginnen und Kollegen verschiedener Nationalitäten, unnötig problematisiert und ins Bewußtsein gerückt?" In diesem Punkt bin ich leider mit meinem Kammerpräsidenten nicht einer Meinung, denn meiner Meinung nach löst das Verdrängen oder Totschweigen von Problemen diese nicht. Zur Frage der doppelten Staatsbürgerschaft heißt es: "Die Frage, ob sich die Apothekerkammer Hamburg an der Diskussion über die doppelte Staatsbürgerschaft beteiligen sollte, berührt das Problem, inwieweit Landesapothekerkammern oder berufsständige Organisationen überhaupt aufgerufen sind, zu allgemeinpolitischen Fragen Stellung zu nehmen. Wir neigen dabei zu der Auffassung, daß Themen von bun-

despolitischer Relevanz, wie im vorliegenden Fall ja auch geschehen, von der ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände - behandelt werden sollten. Wir gehen davon aus, daß das Thema Ausländerfeindlichkeit nicht nur bei der ABDA-Mitgliederversammlung, sondern auch bei dem bevorstehenden Apothekertag in Berlin aufgegriffen werden wird." Das hatten wohl viele gedacht, aber soweit ich weiß, ist während des Apothekertages dazu kein Wort gefallen.

Da Dr. Gelberg zur Frage, ob die Kammer einen Ausländerbeauftragten einstellen soll, meinte, nur die Kammerversammlung könne diese Entscheidung treffen, machte sich die VDPP-Regionalgruppe Hamburg daran, einen Antrag für die folgende Kammerversammlung zu formulieren. Dieser lautete letztendlich folgendermaßen:

"Die Kammerversammlung der Apothekerkammer Hamburg fordert den Vorstand auf, die Stelle einer/eines ehrenamtlichen Ausländerbeauftragten einzurichten. Die Apothekerkammer Hamburg stellt für die Sprechzeiten des Ausländerbeauftragten einen Arbeitsraum zur Verfügung. Nach einem Jahr sollte der/die Ausländerbeauftragte der Kammerversammlung einen Tätigkeitsbericht vorlegen, aufgrund dessen die Kammerversammlung entscheiden kann, ob die Amtszeit des/der Ausländerbeauftragten verlängert werden sollte."

Schon dieser doch recht vorsichtig formulierte Antrag schien für manche Anwesenden der Kammerversammlung eine unglaubliche Provokation und Instinktlosigkeit zu bedeuten. Schließlich arbeite man doch seit Jahren mit ausländischen Mitarbeitern zusammen und habe immer ein gutes, ja geradezu freundschaftliches Verhältnis miteinander gehabt. Durch einen Ausländerbeauftragten würden nur Probleme herbeigeredet usw... Vielleicht hätte es nun genützt, wenn mehr VDPP-Mitglieder da gewesen wären und den Antrag unterstützt hätten, aber selbst der Appell einer ausländischen Kollegin, dem Antrag zuzustimmen, verhallte wirkungslos. Die Abstimmung brachte folgendes Ergebnis: 30 Stimmen für den Antrag, 35 Stimmen dagegen bei 5 Enthaltungen.

Trotz dieses unerfreulichen Ergebnisses bin ich der Meinung, daß wir in Hamburg noch einmal

einen Antrag in einer vielleicht etwas anderen Form stellen sollten. Außerdem müßten wir uns frühzeitig auf die Suche nach einem Kandidaten oder einer Kandidatin für den Posten machen.

Ob der offene Brief letztlich ein Erfolg gewesen ist oder nicht, ist schwer zu beantworten. Auf jeden Fall war es richtig, ihn zu verschicken, und es wird auch in der Zukunft wichtig sein, die Fremdenfeindlichkeit zum Thema zu machen,

denn daß sie auch in den Apotheken anzutreffen ist, kann niemand ernsthaft bezweifeln. Über die Art und Weise, wie man sich dieses Themas annimmt, muß man sich sicherlich noch einmal Gedanken machen. Plakate und verbale Betroffenheit allein werden jedenfalls auf die Dauer nicht ausreichen, die auch im Bürgertum immer üblicher werdenden Ressentiments gegenüber "Asylanten" und Ausländern zu bekämpfen.

Döbelner Anzeiger v. 20. Januar 1994

## Deutsche Angestellten Krankenkasse erhöht Betreuungsservice in Muldenstadt

### Versicherten bleiben lange Wege erspart

**Leisnig. (hr)** Keine langer Wege müssen die DAK-Versicherten, die an der Jahnstraße oder dem Sachsenplatz wohnen, für einen Besuch bei ihrer Krankenkasse zurücklegen. Denn wie der Döbelner Geschäftsführer Rainer Lungwitz gestern informierte, wurde zu den bereits vor Ort bestehenden Betreuungsstellen eine weitere in der Paracelsus-Apotheke am Tengelmann-Markt eingerichtet.

„Während der Öffnungszeiten haben die Bürger nun auch dort die Möglichkeit sich mit Krankenscheinheften, Auslandskranken- und Brillenscheinen sowie Broschüren zu versorgen“, so der Geschäftsführer.

„Die Beratungsstelle im Rathaus wird nach wie vor an jedem zweiten und vierten Dienstag im Monat von kompetenten Mitarbeitern besetzt sein“, versichert Lungwitz.



Auch in der Paracelsus-Apotheke können sich die DAK-versicherten nun unter anderem mit Krankenscheinheften oder Gesundheitsbroschüren versorgen. Dadurch bleiben ihnen lange Wege erspart. Wird dieser Anlaufpunkt angenommen, denke die Krankenkasse über einen nochmaligen Erweiterung des Service nach.

Foto: Peter Wenzel

Ingeborg Simon  
FG Apotheken in der ÖTV Berlin

12.1.94

## Liebe VDPP-RundbriefleserInnen,

ich wende mich heute mit einem Anliegen an Euch, das Euch - sofern Ihr auch in der ÖTV Berlin oder der Fraktion Gesundheit seid - gleich dreimal erreicht. Unsere Fachgruppe hatte zur Zeit der sandinistischen Regierung in Nicaragua im Rahmen eines Solidaritätsprogramms beim Aufbau und Unterhalt eines Gesundheitspostens mitgewirkt. Nach der Abwahl der Sandinisten brach das staatliche Gesundheitssystem vollständig zusammen, unser Gesundheitsposten wurde geschlossen.

In Kenntnis unseres Gesundheitsprojekts wandte sich im letzten Jahr der ÖTV-Kollege und Arzt Dr. Luis Perez (Nicaragua), der zur Zeit in Berlin eine Facharztbildung als Pathologe beendet, an uns mit der Bitte um konkrete Hilfe zum Ausbau eines Gesundheitspostens im Rahmen eines Selbsthilfeprojektes, an dessen Entstehung und Weiterentwicklung er beteiligt ist. Am 9.2.94 kehrt er für immer in seine Heimat zurück und wird mit anderen für diesen Gesundheitsposten unentgeltliche Hilfe leisten.

Wir haben ihm unsere Hilfe zugesagt (im letzten Jahr schickten wir schon auf seine Initiative Medikamente im Wert von 2000,- DM zur Bekämpfung der Chole-  
ra). Unser Ziel ist es, Luis Perez bei seiner Abfahrt das Geld, das zum Bau der Gesundheitsstation gebraucht wird, mitzugeben. Das aber schaffen wir nicht allein. Darum entstand die Idee, befreundete Gruppen von PharmazeutInnen anzusprechen und um Hilfe zu bitten. Von der Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin erhoffen wir uns Unterstützung von 1000,- DM.

Der VDPP-Vorstand befaßte sich auf seiner Dezember-Vorstandssitzung mit unserem Anliegen, sah sich aber - verständlicherweise - nicht in der Lage, vor der Juni-MV '94 endgültig über finanzielle Aufwendungen zu entscheiden. Darum bitte ich Euch auf diesem Wege, unabhängig von dem MV-Beschluß, möglichst schnell Einzelspenden auf unser Konto zu überweisen (wir legen in Berlin das benötigte Geld erst einmal aus). Eine ausführliche Projektbeschreibung von Luis findet Ihr anbei.

Wir freuen uns über jede Mark!

Die Bankverbindung lautet: Beate Jungmann, Bank für Gemeinwirtschaft Berlin  
(BLZ 10010111) Kto-Nr. 2616409900, Kennwort: Dr. Roger Osorio

Es grüßt Euch

Ingeborg mit der offenen Goldmarienschürze

Die folgende Projektbeschreibung stammt von unserem ÖTV-Kollegen und Arzt Dr. Luis Perez aus Nicaragua:

### **Projekt zur Erbauung eines Gesundheitspostens und Belieferung mit ärztlichen Materialien "Jardins De La Barranca"**

Allgemeines:

Die Gemeinschaft "Jardines de la Barranca" ist ein armes Wohnviertel am Stadtrand von Masaya, das vor ca. 3 Jahren entstand - nach der Wahlniederlage der Sandinisten und dem Aufstieg der Konservativen zur Macht.

Die Bewohner dieses Gebiets erhielten vor dem Regierungswechsel 1990 von der sandinistischen Regierung Bauland, für das sie nicht zahlen mußten, damit sie dort ihre Häuser bauen konnten. So entstand das Viertel "Jardines de la Barranca". Heute ist diese Gemeinschaft gut organisiert, sie haben einen Vorstand, der sich um die kommunale Entwicklung kümmert.

Würdiges Beispiel ist eine Aktion, die sie realisierten, um ein Gemeindehaus zu bauen mit einer Schule und einem Zentrum zur Betreuung der kindlichen Entwicklung.

Der kommunale Vorstand plant nun auch - und das stellt eine große Herausforderung dar - die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, die sich von der Regierung im Stich gelassen fühlt. Die sehr harten Kürzungen auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung haben dazu geführt, daß nur sehr bescheidene Leistungen in diesem Sektor erbracht werden und sowohl ärztliche Hilfe als auch Medikamente Mangelware sind.

Darum gibt es das Projekt, einen Gesundheitsposten zu bauen, der allen das Recht auf eine ausreichende medizinische Versorgung garantieren soll.

Dieses Projekt erhält noch keine finanzielle oder materielle Unterstützung. Ein erster Kontakt inter-

nationaler Hilfe besteht zur ÖTV-Fachgruppe Apotheken in Berlin, von der wir uns Unterstützung erhoffen, um dieses Projekt verwirklichen zu können.

Die Einwohner des Viertels haben den Gesundheitsposten bereits nach Dr. Humberto Alvarado benannt, einem nicaraguanischen Arzt, der in den 50er und 60er Jahren populär war und in Masaya die Zuneigung der armen Bevölkerung gewann. Einer seiner Söhne versorgt heute in diesem Viertel die Bevölkerung kostenlos mit medizinischer Hilfe.

Ziel des Projekts:

Allgemeine und spezielle medizinische Hilfe und präventive Gesundheitsvorsorge kostenlos anzubieten. Dieses Angebot soll vor allem für diejenigen sein, die sich eine private ärztliche Versorgung nicht leisten können und die erst Recht kein Geld haben, um Medikamente zu kaufen.

Zur Organisation:

Das Personal, das in diesem Zentrum arbeiten wird, soll aus Freiwilligen bestehen, die kein Gehalt bekommen. Es sind drei "Gesundheitsbrigadisten" vorgesehen, die abwechselnd Dienst tun und verantwortlich sind für alle Aufgaben. Man denkt auch an Geburtsvorsorge (nur für unkomplizierte Geburten), weil es bereits die Unterstützung einer Krankenpflegerin gibt, die Erfahrung als Hebamme besitzt.

Man denkt auch an eine Versorgung speziell für dehydrierte Kinder, die an Durchfällen leiden und an die Behandlung der häufigsten Krankheiten (Malaria und Tuberkulose).

In Zusammenarbeit mit Spezialisten von außerhalb möchte man die Konsultation von Zahnärzten, Chirurgen und Lungenfachärzten ermöglichen (es existiert eine Zusammenarbeit mit dem Militärhospital und anderen Spezialisten).

Es ist ferner geplant, eine Volksapotheke einzurichten, die Medikamente sehr preiswert und angepaßt an die finanziellen Möglichkeiten der Menschen im Viertel anbietet.

Die Gemeinde wird verantwortlich sein für die Aufsicht und Sauberkeit im Zentrum. Das Zentrum soll seine Hilfe auch für die benachbarten Gemeinden zur Verfügung stellen.

Es existieren Kontakte zum Gesundheitsministerium, das versprochen hat, bei der Bereitstellung von Personal für das Zentrum behilflich zu sein.

#### Zur Infrastruktur:

Die Gemeinde erbittet internationale Unterstützung für den Bau des Gesundheitspostens, dessen Kosten sich auf ca. 4529,- DM belaufen. Für den ersten Bauabschnitt werden 1830,- DM benötigt und in einer zweiten Etappe die restlichen 2699,- DM (soweit voraussehbar)(1). Die Kosten für die handwerkliche Arbeit sind hier nicht mitgerechnet, da diese von Freiwilligen aus der Bevölkerung kostenlos erbracht wird.

#### Zu der Volksapotheke:

Die Gemeinde erbittet auch internationale Unterstützung beim Kauf von Medikamenten. Dabei handelt es sich vor allem um eine regelmäßige Bevorratung mit den ca. 40 am meisten benötigten Arzneimitteln. Sollten kostenlose Transportmöglichkeiten aus dem Unterstützerland nicht bestehen (das ist die Regel), bietet sich der Kauf von Medikamenten bei der nationalen Industrie an, da das billiger ist. In diesem Fall würde das geschickte Geld durch das Personal des Gesundheitspostens verwaltet, das die Quittungen an "Mansinfa" gibt (2), die diese nach Berlin schickt.

(1) Der Bauplan liegt der Fachgruppe Apotheken in der ötv Berlin bereits vor.

(2) "Masinfa" verwaltet die gesamten Gelder, überwacht auch die Verwirklichung des Projekts (Asociacion "MASaya SIN FronterAs")

---

**Peter Tschiersch**

## **Das Ghana Village Projekt**

### **Studenten versuchen sich in Entwicklungshilfe**

Das "Ghana Village Projekt" ist ein von Studenten durchgeführtes Entwicklungsprojekt. Träger sind die WHO und verschiedene internationale Studentenorganisationen.

Kontakt: Fachverband Pharmazie  
- Ghana Village Projekt -  
Postfach 101203  
69002 Heidelberg

Auf Anfrage der Bevölkerung des Dorfes Odupong Ofaakor in Zentralghana führten ghanaische Studenten eine Studie über die Lebensumstände im Dorf durch. Die Studenten traten auf einem internationalen Kongreß mit der Bitte an deutsche Teilnehmer heran, bei der Durchführung des Projektes im Dorf zu helfen. Ziel ist, mit einfachen Maßnahmen zusammen mit der

Dorfbevölkerung die Gesundheitssituation im Dorf zu verbessern. Dazu gehört beispielsweise die Einrichtung eines Gesundheitspostens zur Versorgung der Kranken im Dorf. Das Auftreten von bestimmten Infektionskrankheiten wie z.B. Bilharziose soll durch Verbesserung der hygienischen Bedingungen verhindert werden.

In der Planung arbeiten bis jetzt Studenten der Fachrichtungen Medizin, Ethnologie, Agrarwissenschaften und Pharmazie zusammen. Die Aufgaben sind auf verschiedene Arbeitsgruppen in Deutschland verteilt. Vorgesehen ist, daß ab Herbst 1994 6 - 8 Studenten für 3 - 4 Monate im Dorf arbeiten. Im März werden bereits einige Studenten nach Ghana reisen, um die dortigen Studenten zu treffen und das Dorf zu besuchen.

Da auch wir als Pharmazeuten mitarbeiten sollen, haben wir uns Gedanken über mögliche Aufgaben innerhalb eines solchen Projektes gemacht. Dies stellt jedoch ziemliches Neuland für uns dar, und deshalb suchen wir Pharmazeuten, die Erfahrung mit Entwicklungshilfe haben und uns zur Seite stehen können.

Daneben sollte sich natürlich jede/jeder, die/der Interesse und Motivation zur Mitarbeit hat oder einfach Anregungen geben möchte, an eine der genannten Adressen wenden.

Engagement und Mitarbeit sind stets herzlich willkommen!

Peter Tschiersch  
Steenbeker Weg 4  
24106 Kiel



**INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL STUDENTS' FEDERATION**  
*International Committee Germany*  
**FVP Auslandsreferat Pharmazie Postfach 10 12 03 69002 Heidelberg**

Praktikantenstellen gesucht!!

Der Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland bietet auch dieses Jahr wieder im Rahmen des Austauschprogrammes von IPSF (International Pharmaceutical Student's Federation) ausländischen Pharmaziestudierenden und frisch Approbierten die Möglichkeit ein Praktikum in der Bundesrepublik Deutschland zu absolvieren. Dieser Austausch findet in Zusammenarbeit mit dem deutschen akademischen Auslandsamt (DAAD) statt.

Da die Bundesrepublik Deutschland ein sehr beliebtes Austauschland ist, besteht ein großer Bedarf an Praktikumsplätzen. Wir suchen daher aufgeschlossene Pharmazeuten in öffentlichen Apotheken, in Krankenhausapotheken, im pharmazeutischen Großhandel oder in der pharmazeutischen Industrie, die bereit sind einen ausländischen Hospitanten bei sich aufzunehmen. Dabei erstreckt sich der Aufenthalt des Praktikanten gewöhnlich über 4-8 Wochen.

Durch dieses Austauschprogramm bietet sich eine großartige Möglichkeit, die Welt der Pharmazie internationaler zu gestalten. Nicht selten bilden sich freundschaftliche Beziehungen und es werden für "beide Seiten" wertvolle Erfahrungen gesammelt.

Wenn Sie genaueres über den Ablauf des Austausches wissen möchten oder unsere Bewerberliste für 1994 erhalten möchten, wenden Sie sich bitte an uns. Wir würden uns sehr freuen, wenn es Ihnen möglich wäre, einem/einer ausländischen Studierenden eine Hospitantenstelle zur Verfügung zu stellen.

Wir hoffen sehr bald von Ihnen zu hören. Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Austauschprogramm.

Auslandsreferat Pharmazie  
Postfach 101203  
69002 Heidelberg

# Vorstandstreffen am 11./12.12.93 in Hamburg

TeilnehmerInnen: Hanne Lederer, Thomas Hammer, Udo Puteanus, Christa Augustin, Christl Trischler, Christine Szlachcic, Elfriede Kern, als Gast: Regina Schumann

## Tagesordnung:

1. Wahl von TagungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Protokoll der Vorstandssitzung vom 29.08.93 in Kassel
3. Bericht des Geschäftsführenden Vorstands
4. Bericht aus den Regionen
5. Kassenbericht
6. "Apotheken und Krankenkassen" - Vortrag Udo Puteanus mit anschließender Diskussion
7. Rückblick Apothekertag Berlin
8. Ausbildungsfragen (Approbationsordnung, PTA-Ausbildung)
9. Vereinsaktivitäten 1994 ( MV, Seminare)
10. Ausländerfeindlichkeit - Ergebnis der bisherigen Aktivitäten und weiteres Vorgehen
11. Rundbrief
12. Verschiedenes

Die Tagesordnung wird um einen Punkt  
9a. Nicaraguaprojekt  
erweitert und angenommen.

## Top 1:

Tagungsleitung: Udo Puteanus  
Protokoll: Elfriede Kern

## Top 2:

Die vorliegende Fassung des Protokolls der Vorstandssitzung vom 29.08.93 wird genehmigt.

## Top 3: Bericht des Geschäftsführenden Vorstands

Thomas Hammer berichtet:

### A) Aus der Geschäftsstelle:

a) Mitgliederstand: August - November: 5 Eintritte, 2 Austritte, Stand: 153  
2 Mitglieder haben wegen Arbeitslosigkeit Antrag auf Beitragsermäßigung gestellt. Diesem Antrag wurde stattgegeben. Einige Mitglieder zahlen statt des Mindestbeitrags von 120 DM nur 100 DM. Sie sollen schriftlich darauf hingewiesen werden.

### b) Mitgliederwerbung

Rundbrief: Nr. 20 wurde 500 x gedruckt und jedem Mitglied 2 Exemplare geschickt. Außerdem wurden Exemplare im ICC Berlin während des Apothekertages ausgelegt.

Ulf Thomas übernimmt die meisten technischen Arbeiten für den Rundbrief. Der Vorstand entscheidet, daß er für die nächsten 2 Rundbriefe je 200 DM bekommt. Das Thema soll auf der nächsten MV diskutiert werden.

Leporello: Ulf Thomas hatte das Layout und die Herstellung übernommen. Vielen Dank an ihn vom Vorstand. Kosten: ca. 1000 DM für 2000 Stück mit der Möglichkeit des Nachdrucks.

### c) Lohnsteuerpauschale

Für Gudrun Meiburg mußte für die Jahre 1989 bis 1992 Lohnsteuer nachbezahlt werden, und zwar 1057,26 DM. Die vom Verein für Gudrun Meiburg zu zahlende Lohnsteuerpauschale beträgt in Zukunft pro Jahr 450 DM. Diese Steuern müssen in den nächsten Haushaltsplan aufgenommen werden.

Das Gehalt für Gudrun Meiburg soll erhöht werden. Sie erhält jetzt 250 DM für 12 Stunden monatlich; für Überstunden 20 DM pro Stunde.

d) Kosten für das Seminar Arzneimittelsicherheit  
Einnahmen: 780 DM ( 26 Teilnehmer)  
Ausgaben: 1668,10 DM  
Vom Vorstand ein großes Dankeschön an alle Vortragenden und vor allem an Ulrich Hagemann für die hervorragende Organisation.

e) Faxgerät

Es steht in der Flemingapotheke. Kosten: 2078 DM (im Haushaltsplan 2500 DM angesetzt)

B) Kontakte nach außen:

Der Spendenaufruf von Nexus für Arzneimittel-spenden nach Kroatien wurde direkt an ca. 20 Apotheken weitergegeben.

C) Kontakte von außen:

a) Im Ökotest Dezember war ein Bericht über die Flemingapotheke und den VDPP. Daraufhin kamen einige Rückmeldungen. Die Geschäftsstelle will mit den Leuten Kontakt aufnehmen.

b) VESA

Sie haben uns ihr monatliches Flash-Bulletin zugeschickt, das Informationen über das Pharmaziewesen in Europa enthält.

c) Stichting Apothekers (Ton Kelder)

Die Stichting Apothekers haben Gudrun Hahn mitgeteilt, daß sie umgezogen sind und deshalb längere Zeit nichts von sich hören ließen. Gudrun Hahn hat geantwortet und noch einmal auf unsere geplante Reise nach Holland hingewiesen.

d) Bundesgesundheitsministerium

Das Gesetz über das Apothekenwesen und die PTA-Ausbildung sollen an die EG-Richtlinien angeglichen werden. Die Vorschläge wurden uns zugeschickt, und bis zum 7.01.94 ist Zeit für eine Stellungnahme. Zum Apothekenwesen ist uns eine kompetente Stellungnahme in der kurzen Zeit nicht möglich. Den Vorschlag zur Änderung der PTA-Ausbildung sollen Gudrun Hahn und

Christl Trischler durchsehen und entscheiden, ob eine Stellungnahme möglich ist.

e) Brief von Eugen Eschenlohr (bzgl. Gentechnik) Anfrage, ob der Verein den Einspruch gegen die Novel-Food-Richtlinien unterschreibt. Die Frist dafür ist aber mittlerweile verstrichen. Das anschließende Gespräch ergab, daß intensiver Diskussionsbedarf besteht. Deshalb soll Eugen zur nächsten Vorstandssitzung eingeladen werden.

#### Top 4: Bericht aus den Regionen

a) Berlin : Regina Schumann berichtet:

Die Gruppe trifft sich regelmäßig 1x im Monat. Themen: Vorbesprechung Arzneimittelsicherheitsseminar, Entwicklung im BGA, HIV-Skandal

b) Hamburg: Thomas Hammer berichtet:

Die Gruppe trifft sich regelmäßig 14tägig und hat ca. 8 feste Mitglieder. Themen: GSG, Studie der Verbraucherzentrale Hamburg über die Abgabe bzw. Nichtabgabe von Importarzneimitteln durch Hamburger Apotheken. Die Gruppe will sich der Verbraucherzentrale als Ansprechpartner ( z.B. auch für das Thema Selbstmedikation ) zur Verfügung stellen.

Weiteres Thema: Ausländerbeauftragter der Kammer: Thomas stellte den Antrag in der Hamburger Kammer, die Stelle eines Ausländerbeauftragten einzurichten. Er wurde mit 35 zu 30 Stimmen abgelehnt.

c) Hessen: Christl Trischler berichtet:

Die Gruppe hat sich 1x getroffen; es kamen 5 Leute. Angeregt wurde, das Thema "Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen kritisch unter die Lupe nehmen", zu bearbeiten. Im Frühjahr ist ein Infoabend für die Fachschaften geplant.

d) Regensburg: Elfriede Kern berichtet:

Die Gruppe trifft sich regelmäßig 14tägig. Sie hat allerdings nur ein VDPP-Mitglied; die restlichen sind Symathisanten. Thema: Fortbildung und Meinungsaustausch vor allem über pharmakologische Fragen.

### TOP 5: Kassenbericht

Der Berichtszeitraum umfaßt Anfang August bis Ende Oktober. Auf dem Postgirokonto liegen zur Zeit ca. 21000 DM. Der Geschäftsführende Vorstand entscheidet, wieviel und in welcher Weise ein Teil des Geldes ( ca. 10000 bis 15000 DM) als Festgeld mit möglichst kurzer Kündigungsfrist angelegt werden kann.

Der Jahresabschlußbericht für 1993 muß gemacht werden.

### TOP 6: Sachthema Apotheken und Krankenkassen

Udo stellt in seinem Referat den Grundkonflikt zwischen beiden Partnern dar. Zusammenarbeit sei jedoch möglich und sollte so schnell und so konkret wie möglich angegangen werden. Ein wichtiger Punkt unter anderen wäre ein Arbeitstreffen mit VDPP-Krankenkassenmitarbeitern-Apothekenleitern-Apothekenangestellten. Im Rundbrief soll über die Planung eines solchen Treffens informiert werden, um Interesse bei den Mitgliedern zu wecken. Udo wird über sein heutiges Referat einen Artikel im Rundbrief veröffentlichen.

### Top 7: Rückblick Apothekertag Berlin

Schicksal der Anträge:

Laut Mitgliederversammlung sollten folgende Anträge beim Apothekertag gestellt werden:

a) Offenlegung der Funktionen

Dieser Antrag wurde aus Zeitgründen nicht behandelt und später in der Mitgliederversammlung der ABDA abgelehnt.

b) Quotierung

Der Antrag wurde nicht gestellt, da die nötige Anzahl von Unterschriften nicht erreicht wurden.

c) Verbot der Werbung für Arzneimittel, die abhängigkeitsfördernd sind

Dieser Antrag wurde bereits 1985 gestellt und angenommen. Die Geschäftsstelle fragt bei der ABDA schriftlich nach, was daraus geworden ist.

d) Erhebung von Fixzuschlägen

Der Antrag wurde nicht gestellt.

e) Positivliste Selbstmedikation  
Der Antrag wurde angenommen.

f) Rücknahme der Streichung der im Heilmittelwerbegesetz vorgesehenen Pflichtangaben.  
Der Antrag wurde abgelehnt.

Ein Teil der Anträge wurde zusammen mit BVA-Delegierten gestellt, andere (Anträge e und f) wurden in die Delegiertenversammlung der AK Berlin eingebracht und von der Kammer während des Apothekertages gestellt.

Alles in allem hat sich die Zusammenarbeit mit dem BVA bewährt und sollte in den nächsten Jahren fortgeführt werden.

### Top 8: Ausbildungsfragen

a) Approbationsordnung

Elfriede berichtet über den Zeitplan für die Änderung der Approbationsordnung. Der VDPP will für die Anhörung eine Stellungnahme erarbeiten.

b) PTA-Ausbildung

im Verein und im Vorstand gibt es keine einheitliche Meinung über die Stellung der PTA in der Apotheke. Deshalb ist es auch umstritten, in welche Richtung eine Änderung der PTA-Ausbildung gehen soll.

Das Thema wird vielleicht im Frauenseminar angesprochen werden.

### Top 9: Vereinsaktivitäten 1994 (MV, Seminare)

A) MV: Termin: 17.-19.06.94

Ort: Hamburg

Die Organisation übernimmt die Hamburger Gruppe. Christa hält einen kurzen Vortrag über 5 Jahre VDPP. Themen für den Festvortrag am Samstagnachmittag oder Sonntagvormittag sind alternativ:

1. Geschichtliches Thema mit Prof. Erika Hickel als Referentin: Verantwortung des Apothekers in der AM-Versorgung - Welchen Sinn hat Apothekerorganisation und welche Initiativen haben sich daraus entwickelt?
2. 25 Jahre Lust und Frust bei kritischen Pharmazeuten - Für dieses Thema kämen mehrere kurze Vorträge mit Referenten aus dem Verein in Frage, die über ihre Betroffenheit,



die eigene Geschichte, über Ideale und was daraus geworden ist, erzählen.

Priorität hat das erste Thema. Udo bemüht sich um Frau Hickel.

Am Samstagabend soll ein großes Fest stattfinden.

B) Herbstseminar  
alternativ:

1. Vorbereitung der Hollandreise  
Themen: Pharmazie in Holland oder VESA  
Den Kontakt nach Holland zu Ton Kelder hält Gudrun Hahn aufrecht.
2. Gentechnik  
Referenten evt. vom Genethischen Netzwerk oder andere.
3. Patientenberatungsseminar  
Der Vorschlag kam von Elfriede und wurde als zentrale Veranstaltung des VDPP abgelehnt. Es besteht jedoch für sie die Möglichkeit, das Seminar in eigener Organisation mit finanzieller Unterstützung des Vereins durchzuführen.

C) Frauenseminar

Die Planung läuft. Für die Entwicklung einer Ausstellung über "100 Jahre Apothekerberuf für Frauen" werden interessierte Frauen zur Mitarbeit gesucht.

**Top 9a):**

Regina berichtet über einen Gesundheitsposten in Nicaragua, der Kontakte zur ÖTV-Gruppe Berlin hat. Sie bitten um eine Spende für den Bau eines kleinen Gesundheitszentrums. Bedarf: ca. 4500 DM für Baumaterialien.

Im nächsten Rundbrief soll ein Spendenaufruf an die Mitglieder ergehen, zusammen mit einer genauen Beschreibung des Projekts.

**Top 10: Ausländerfeindlichkeit**

In dem offenen Brief an die Apothekerkammern haben wir verschiedene Forderungen gestellt. Bis jetzt gab es keine konkreten Ergebnisse. Weiteres Vorgehen: Wenn ein Fall von Ausländerfeindlichkeit in unserem Beruf bekannt wird, wollen wir das veröffentlichen. Thomas wird einen Artikel

über die Aktion "Offener Brief" für den Rundbrief schreiben.

**Top 11: Rundbrief**

Es gibt noch 3 Rundbriefe bis zur MV. Christa erhielt von der DAZ einen Brief, in dem sie gebeten wird, den Rundbrief kostenlos zuzuschicken. Daraus ergab sich die Frage, wer in den Verteiler für den Rundbrief aufgenommen wird. Die DAZ soll nicht dazugehören, sie könnte den Rundbrief allerdings abonnieren. Diese Frage soll auf der MV noch einmal geklärt werden. Die einleitenden Worte des Vorstands für den nächsten Rundbrief schreibt Christine.

**Top 12: Verschiedenes**

A) Das Mahnmal für jüdische Apotheker vor dem Apothekerhaus in Eschborn ist laut Herrn Dr. Pieck von der ABDA in Arbeit. Es soll in Absprache mit der jüdischen Gemeinde gestaltet werden.

B) Impfung gegen Schwangerschaft

Christine will Judith Richter wegen eines Vortrags über das Thema ansprechen. Im Pharmabrief der Buko war ein Aufruf veröffentlicht, die Forschung auf diesem Gebiet einzustellen. Thomas will diesen Brief anfordern.

C) Die Ärzteinitiative von Terre des Hommes hat Christl das Protokoll des letzten Treffens zugeschickt. Im Fall Asta war die Gruppe mit dem Pharmareferentenboykott erfolgreich. Inzwischen hat auch die Firma Merck reagiert und versprochen, metamizolhaltige AM vom Markt zu nehmen.

D) Bund demokratischer Wissenschaftler

Die ursprünglich auf eine weitgehende Kooperation und Entwicklung eines Dachverbandes abzielende Absicht ist auf einem ersten Treffen relativiert worden. Man will sich im Frühjahr 1994 zu eines Koordinationstreffen in Göttingen treffen. Wir wollen uns über die weitere Entwicklung des Netzwerks informieren, jedoch nicht als Mitglied einsteigen.

E) Schriftlicher Antrag von Udo Ament:  
Mietfahrräder für die MV. Die Hamburger Gruppe  
will sich darum kümmern.

F) Nächste Vorstandssitzung findet am  
26./27.2.94 in Isny statt. Als Gast wird Eugen  
Eschenlohr eingeladen. Sachthema: Gentechnik.

---

hre VDPP \*\*\* 5 Jahre VDPP \*\*\* 5 Jahre VDPP \*\*\* 5 Jahre VDPP \*\*\* 5 Jahre VDPP \*\*\*

## Vorankündigung

### Jubiläumsfest und Mitgliederversammlung

Festvortrag: Prof. Erika Hickel

Termin: 17. - 19. Juni in Hamburg-Rissen

---

hre VDPP \*\*\* 5 Jahre VDPP \*\*\* 5 Jahre VDPP \*\*\* 5 Jahre VDPP \*\*\* 5 Jahre VDPP \*\*\*

Udo Puteanus

## Medikamente - ein Leitfaden

Ivan Wolters, *Medikamente - Ein Leitfaden*, hrsg. von Andreas Heeke, Herrmann Schulte-Sasse u.a., Byblos-Verlag Berlin 1993, gebunden DM 58,-, kartoniert DM 44,-

... so der Titel eines neuen Buches über Arzneimittel, das seit kurzem bei uns erhältlich ist. Es ist ein Nachschlagewerk, das sich in erster Linie an Laien richtet. Nach Meinung der Herausgeber will das Buch den Beweis antreten, "daß man nicht Medizin studiert haben muß, um die Medikamente, die man einnimmt, kritisch beurteilen zu können." Es geht also wieder einmal um den kritischen Einsatz von Arzneimitteln. Schnell drängt sich der Vergleich mit dem bereits seit 1983 regelmäßig erscheinenden Werk "Bittere Pillen" auf, das sich mit ähnlich kritischem Anspruch an den Arzneimittel-Verbraucher wendet.

Warum kann sich trotz der "Bitteren Pillen" die Anschaffung des Buches lohnen? Zuerst fällt auf, daß es dem Autor, dem niederländischen Allgemeinarzt Ivan Wolters, und den Herausgebern, die das Werk für den deutschen Markt gründlich überarbeitet haben, nicht in erster Linie darum ging, den Arzneimittelmarkt tabellarisch zu bewerten, wie es bei den "Bitteren Pillen" der Fall ist. Zwar findet man/frau auch im vorliegenden Buch anhand des ausführlichen Stichwortver-

zeichnisses das "eigene" Medikament, doch muß frau/man sich schon die Mühe machen, den ganzen Text eines Kapitels zu lesen. Es wird dem Leser demnach mehr abverlangt, als dem Leser der "Bitteren Pillen", zumal eine oftmals differenzierte Betrachtung die Möglichkeit offen läßt, das Arzneimittel für sich positiv oder negativ zu bewerten. Der Ansprechpartner für das vorliegende Buch dürfte daher in erster Linie der/die bereits mit Arzneimitteln beglückte Patient/in sein, der/die nun endlich einmal wissen will, was er/sie vom Text des Beipackzettels halten soll und welche Frage er/sie er beim nächsten Arzt- oder Apothekerbesuch parat haben sollte.

Sehr informativ ist der ausführliche erste Teil, "Die Einführung". Hier findet frau/man auf über 100 Seiten eine Fundgrube von Informationen und Tatbeständen, die dem Insider zwar nicht neu sind, die ihm aber in ihrer Gesamtbetrachtung nochmals erschreckend deutlich machen, mit welchen Problemen der Arzneimittelmarkt in Deutschland belastet ist. Hier werden die Themen Arzneimittelrecht, Werbung, Arztverhalten, die Selbstmedikation, die Arzneimittelskandale, die Forschungsproblematik und zum kleinen Teil auch die Rolle des Apothekers beschrieben. Tenor dieses Teils: der Arzneimittelmarkt ist und bleibt ein umkämpfter Markt, auf dem die Interessen der Anbieter dominieren und objektive Verbraucherinformation unzureichend ist. Der Verbraucher soll in die Lage versetzt werden, mit Medikamenten kritisch umzugehen und gegenüber Ärzten und Apothekern selbstbewußt und gleichberechtigt aufzutreten.

Im zweiten Teil werden die einzelnen Medikamentengruppen besprochen - und dies ausführlicher als in den "Bitteren Pillen". Am Anfang eines jeden Kapitels finden sich die Inhaltsstoffe der entsprechenden Arzneimittel; die verschiedenen Markennamen werden nur wenig verwendet. Allerdings fehlen einige Arzneimittel gegen leichtere Erkrankungen, sofern sie nicht zum medizinischen Standard gehören (Bsp: einige pflanzliche Arzneimittel wie Crataegus, pflanzliche Urologika). Auch können außergewöhnliche Indikationen für Arzneimittel mit Hilfe dieses Buches nicht nachvollzogen werden, so daß die Beratungs-

tätigkeit des Arztes oder Apothekers weiterhin wichtig bleibt.

Auch der/die Arzneimittelfachmann/frau kann nochmals einges lernen, was er/sie zwar bereits irgendwo schon einmal gehört, dann aber wieder vergessen hat. Es lohnt sich also doch, neben den "Bitteren Pillen" den neuen Medikamenten-

Leitfaden zu nutzen. Übrigens: wen die fast schon offizielle Meinung der Krankenkassen-Arzneimittelfachleute interessiert, der kann auf dieses Buch nicht verzichten; gehörten doch die Herausgeber, Andreas Heeke und Hermann Schulte-Sasse, ehemals selbst zu den Arzneimittelberatern der Krankenkassen.

## Buchhinweis

Andrea Ernst, Vera Herbst, Kurt Langbein Christian Skalnik: Kursbuch Kinder. Eltern werden - Eltern sein - Entwicklung und Erziehung, Gesundheit und Kindgerechte Medizin, Kindergarten, Schule und Freizeit. Verlag Kiepenheuer und Witsch. 912 Seiten. Preis: bitte erfragen.

Aus dem Vorwort der AutorInnen: "... Wir wollten keine "Betriebsanleitung" zum Umgang mit Kindern, sondern einen Rat-geber im ursprünglichsten Wortsinn entwickeln. Es ging uns nicht dar

um, Regeln und Vorschriften mit rituellem Charakter festzuschreiben,, sondern Hilfe im Sinn von Anregung und Alternativen zu bieten, die allen Beteiligten Spielraum zum Ausprobieren und zum Sammeln eigener Erfahrungen lassen. In einer Zeit, in der sich endlich die Einsicht durchsetzt, daß Kinder keine Leibeigenen sind, die es zu formen gilt, sondern selbständige und eigenwillige kleine Menschen, mit denen Wege des Zusammenlebens gefunden werden müssen, muß jede Mutter, muß jeder Vater nach der eigenen Position in der Familiendemokratie suchen.

Ohne die zahlreichen Expertinnen und Experten, die uns beraten und korrigiert haben, hätten wir dieses Buch nicht schreiben können. Die beste und wertvollste Hilfe haben wir aber von unseren eigenen Kindern erhalten ... Am Ende stand der Versuch, die Probleme und Schwierigkeiten, aber auch die Freuden und Glücksmomente, die die ersten 15 Lebensjahre bestimmen, aus der Sicht von Kindern darzustellen."

## **Verringerung der Kosten im Gesundheitswesen durch Importarzneimittel Kurzfassung der Untersuchung**

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes am 1. Januar 1989 sind die Apotheken gesetzlich verpflichtet, preiswerte importierte Arzneimittel abzugeben, falls das deutsche Original als solches erhältlich ist (§ 129 I Nr. 2 SGB V).

Die Patientenberatung der Verbraucher-Zentrale Hamburg untersuchte, ob Hamburger Apotheken ihrer Rechtspflicht in der Praxis tatsächlich nachkommen. Bei einer im Zeitraum November/Dezember 1992 durchgeführten Telefonumfrage wurden 200 Apotheken aus verschiedenen Stadtteilen befragt, ob sie Arzneimittel, von denen bekannt war, daß sie als Import auf dem Markt sind, "auch billiger aus dem Ausland da hätten" und wie lange es dauern würde, bis diese besorgt werden könnten. Da außerdem vermutet wurde, daß vom Verbraucher privat zu zahlende Pillen eher als Import erhältlich sein würden als von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierte, befragten wir 100 der Apotheken nach einem privat zu zahlenden Ovulationshemmer ("Ovanon" = "O") und die anderen 100 nach einem blutdruckregulierenden, von der Kasse bezahlten Medikament ("Sotalex" = "S").

### **Die Ergebnisse in Schlagworten:**

- \* Nur 8 von 200 Hamburger Apotheken hatten das gewünschte Importprodukt sofort vorrätig, dabei handelte es sich in allen Fällen um den privat zu zahlenden Ovulationshemmer.
- \* Ca. 2/3 der befragten Apotheken waren bereit, die Pille auf die ausdrückliche Nachfrage des Verbrauchers hin als Import zu besorgen. Einen Unterschied zwischen von der Kasse und privat zu zahlenden Medikamenten gab es dabei nicht.
- \* Der Patient muß sich in der Regel auf mehrere Tage Wartezeit einstellen, bis er das Medikament als preisgünstiges Import in der Apotheke abholen kann.
- \* Etwa 1/3 der befragten Apotheken sah sich nicht in der Lage, das gewünschte Arzneimittel als Import zu besorgen, wofür die unterschiedlichsten Gründe genannt wurden.
- \* Bei der von den Kassen finanzierten Pille mußte der Verbraucher eine längere Wartezeit in Kauf nehmen und außerdem mit einem größeren Widerstand des Apothekers, die Pille als Import zu besorgen, rechnen.

Damit ist belegt, daß die sozialrechtliche Verpflichtung zur Abgabe von Importarzneimitteln von immerhin einem Drittel der Apotheken unterlaufen wurde. Nach einer Studie der Allgemeinen Ortskrankenkassen sollen durch diese Praxis allein den gesetzlichen Krankenkassen 560 Millionen DM an Einsparvolumen im Jahr verlorengehen! Leider wurde die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen auch von den Krankenkassen und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nicht genügend forciert bzw. kontrolliert. Im Gegenteil - ein Teil der Krankenkassen verwässerte durch den Abschluß von Arzneimittellieferungsverträgen die Verpflichtung zur Abgabe von Importen, indem sie diese an bestimmte weitere Voraus-

setzungen knüpfte. Auch die Pharmagrossisten versuchen, die Abgabe von Importen dadurch zu erschweren, daß sie die entsprechende Belieferung der Apotheken boykottieren, so daß direkt beim Importeur bestellt werden muß. Das hat zur Folge, daß der Patient einige Tage auf sein häufig dringend benötigtes Medikament warten muß und deshalb oft auf das teurere Original zurückgreifen dürfte. Das Bundeskartellamt hat versucht, dieser Praxis der Grossisten durch einen entsprechenden Beschluß zu verbieten, das Verfahren ist jedoch noch nicht rechtskräftig abgeschlossen.

Da kurz vor der geplanten Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse die Verpflichtung der Apotheken durch einen zwischen dem Deutschen Apotheker-Verein und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen geschlossenen, ab dem 1. Juli 1993 gültigen Rahmenvertrag bekräftigt wurde und damit eine Änderung in der Bereitschaft der Apotheken zur Abgabe von Importen zu erhoffen war, führte die Verbraucher-Zentrale eine Nachuntersuchung durch.

Dazu befragten wir Anfang August 1993 je 10 Apotheken, die bei der ersten Befragung das gewünschte Importmedikament nicht abgeben wollten, erneut telefonisch, ob sie "O" und "S" aus dem Ausland da hätten. Zwar waren jetzt deutlich mehr Apotheken "pro forma" bereit, das gewünschte Medikament als Import zu besorgen, über ein Drittel blieb jedoch nach wie vor bei seiner ablehnenden Haltung. Sofort vorrätig hatte es aber nach wie vor nicht eine einzige Apotheke! Außerdem wurde mehrfach auf angeblich qualitative Unterschiede zu den deutschen Arzneimitteln verwiesen.

Weitere Recherchen ergaben, daß zwischen den Apothekenverbänden und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen bezüglich der Umsetzung und der Kontrolle des Rahmenvertrages eine Art "Stillhalteabkommen" bis zum 31. August 1993 geschlossen wurde und die Arzneimittellieferungsverträge unverändert weiter gelten. In einem Schreiben des Landesapothekerverbandes Baden-Württemberg vom 8. Juli 1993 heißt es u. a.:

"Sowohl § 129 Abs. SGB V sowie auch § 4 Abs. 2 des Rahmenvertrages räumen den Landesapothekerverbänden das Recht ein, auf Landesebene mit den Landesverbänden der Krankenkassen ergänzende Verträge zu schließen. Auch Ihr LAV wird von diesem Recht Gebrauch machen und den Landesverbänden der Krankenkassen Landesverträge nach § 129 Abs. 5 SGB V anbieten. Wir sind zuversichtlich, daß wir diese Ergänzungsvereinbarungen bis zum 01.09.1993 unter Dach und Fach haben werden. Wir werden Sie sodann ausführlich darüber informieren, was sich für Sie aktuell ändern wird."

Die Verbraucher-Zentrale Hamburg befürchtet, daß durch solche auf Landesebene zu schließenden Ergänzungsvereinbarungen Sinn und Zweck des § 129 I Nr 2 SGB V sowie des § 4 des Rahmenvertrages ausgehöhlt werden soll. Hier sind zukünftig die gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, auf strikte Einhaltung des Rahmenvertrages zu achten und ihrer Kontrollfunktion im vollen Umfang nachzukommen.

Schmerzhafte Einsparungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz hätten sich bei rechtzeitiger Kontrolle der verschiedenen Anbieter auf dem Arzneimittelsektor vermeiden lassen!

Hamburg, den 24. August 1993  
VERBRAUCHER-ZENTRALE HAMBURG e.V.

Pressemitteilung des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP)

Stand: 30.01.94

**Der VDPP wendet sich entschieden gegen die neue  
Zuzahlungsverordnung für Arzneimittel**

Am 1.1.1994 wurde die Selbstbeteiligung bei Arzneimittelverordnungen auf eine von der Packungsgröße abhängige Zuzahlung umgestellt. Diese neue Regelung sieht eine komplizierte und damit für Ärzte und Patienten schwer nachvollziehbare Einstufung in kleine, mittlere und große Arzneimittelpackungen vor, für die eine gestaffelte Zuzahlung von 3,-, 5,- bzw. 7,- DM zu leisten ist.

Bereits im 1. Monat nach Inkrafttreten werden die Auswirkungen für die Patienten sichtbar: die vordergründig sinnvolle Regelung, Ärzte zum sparsamen Verordnen anzuhalten, greift nur da, wo eine Wahlmöglichkeit zwischen "großer" und "kleiner" Packung besteht. Chronisch Kranke, die eine Dauermedikation benötigen (z.B. Rheumakranke, Blutdruckpatienten und die große Gruppe der Rentner, die an altersbedingten Krankheiten leiden), haben diese Wahl nicht: ihnen werden die für die Krankenkassen wirtschaftlicheren Großpackungen mit der höchsten Zuzahlung verordnet. Sie tragen damit die höchste finanzielle Belastung bei der jetzt geltenden Selbstbeteiligungsregelung. Sowohl die sog. Bedürftigkeitsklausel, die eine vollständige Befreiung von Zuzahlungen ermöglicht als auch die sog. Überforderungsklausel, die eine Erstattung der Arzneimittelkosten gewährt, wenn diese einen bestimmten Prozentsatz des Jahreseinkommens überschreiten, sind so angesetzt, daß nur die wenigsten der Versicherten von ihnen profitieren können. Hinzu kommt, daß diese Klauseln vielen Bedürftigen nicht bekannt sind.

Für die Mitglieder des Vereins Demokratischer Pharmazeuten und Pharmazeutinnen, die zum größten Teil in öffentlichen Apotheken arbeiten, wird durch die tägliche Berufspraxis immer deutlicher: diese neue Verordnung geht vor allem zu Lasten der chronisch Kranken, Alten und Armen und ist die unsozialste Zuzahlungsregelung seit Bestehen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die globale Umweltkrise ist für den Arzt die größte Herausforderung seit der Pest des Mittelalters

## ● BILANZ ●

Die steigende Anreicherung der Biosphäre des Menschen mit toxischen, mutagenen und kanzerogenen Chemikalien, Strahlen u. Elektromog. Ozon u. langwelligem UV-B Licht führt zu Gesundheitsschäden, die teils als Krankheiten klassifizierbar sind, teils als uncharakteristische Befindlichkeitsstörungen und Leistungsdefizite imponieren. (Über 50% der Behandlungsfälle in allgmeinärztl., internist. u. neurolog. Praxen.)  
Gesundheitliche Langzeitfolgen und die Dunkelziffer nicht erkannter oder falsch etikettierter Umweltkrankungen sind unbekannt.

### Definierte Umweltkrankungen mit steigender Morbidität (Mortalität):

- Atemwegserkrankungen,
- Allergien (Neurodermitis, Asthma bronch. - bei Kindern Verzehntachung -),
- Abnahme der Spermienzahl (50% in 20 Jahren),
- Infertilität (jede 6. Ehe ungewollt kinderlos),
- Melanome (Ozonloch), Bronchialkarzinome (Luftverschmutzung),
- Mammakarzinom (dring. V. a. Pestizide),
- Krebserkrankungen allgemein,
- Autoimmunerkrankungen,
- Bluthochdruck (Blei)
- Nierensuffizienz (Cadmium),
- Hypercholesterinämie (Dioxine),
- Immundefekte
- Hormonstörungen b. Frauen (Organhalogene),

W. Stück

*Nur wer erkennt,  
wird handeln*

### Weitere Folgen der Umwelterstörung:

- Verelendung durch Massenmigration (Ökoflüchtlinge),
- Gefahr von Ökokriegen
- Zunahme von Unterernährung u. Hunger durch:  
Desertifikation  
Überflutung der fruchtbaren Schwemmlandchaften,

zu verdrängen und dadurch gegenüber den eigenen Kindern, Enkeln und anvertrauten Menschen schuldig zu werden.

**Der ÖÄB hofft, – Menschen, besonders jüngeren –, wieder Perspektiven und Hoffnung auf Zukunft zu geben.**

### ● WAS IST DER ÖKOLOGISCHE ÄRZTEBUND (ÖÄB) ●

Der ÖÄB ist ein Zusammenschluß von Ärzten aller Fachrichtungen und Tätigkeitsbereiche.

Da Umweltzerstörung grenzüberschreitend ist, hat der ÖÄB die ISDE (International Society of Doctors for the Environment) mitgegründet. Er gehört ihr als unabhängige Sektion an. In der ISDE sind über 40.000 Ärzte aus ca. 50 Nationen organisiert.

Der ÖÄB ist völlig unabhängig. Er finanziert sich ausschließlich aus Mitglieds-, u. Förderbeiträgen und Spenden.

Der ÖÄB führt jährlich einen Umweltkongreß durch und informiert durch das ökologische Ärzteblatt „Arzt und Umwelt“. Der ÖÄB unterstützt u. kooperiert mit anderen Organisationen, wenn deren Ziel der Umwelt-/Gesundheitsschutz und eine Humanisierung der Gesellschaft ist. Um die Zielsetzung des ÖÄB zu ermöglichen, bedarf es der **Unterstützung durch viele neue Mitglieder** (Beitragszahler, Förderer und aktive Mitglieder).

Nur wenn dies gelingt, gilt:

**Niemand wird sagen können,  
wir hätten es gewußt  
aber nichts getan.**

**Info und Anträge auf Mitgliedschaft:**

ÖÄB Bundesgeschäftsstelle  
Braunschweiger Str. 53b  
28205 Bremen

Tel.: 0421/498 4251 Fax: 498 4252

**Spenden** (Gemeinnützigkeit anerkannt):

Öko-Bank - 60017 Frankfurt  
Kto.-Nr.: 192 368 - Blz: 500 901 00

Text: Dr.med. W. Stück

Ernteabnahme (Minderwuchs) u. Reduktion ozeanischer Nahrungsquellen durch Schwund des Ozonschildes,  
- Entfremdung von der Natur,

- Verlust von positiven Naturerfahrungen:

- Freizeitsport (Ozon), Schwimmen in Flüssen und Meeren, Waldsterben

- Entsolidarisierung der Gesellschaft.

- Aufkündigung des Generationenvertrages (Verbrauch der Ressourcen und Lebensgrundlagen nachfolgender Generationen).

- Anstieg der Suizide durch Zukunftsängste und Hoffnungslosigkeit (häufigste Todesursache Jugendlicher).

### ● WEGE AUS DER KRISE ●

Durch die ubiquitäre Umweltverschmutzung ist Gesundheitserhalt immer weniger in die individuelle Entscheidung gestellt. Da umweltbedingte Erkrankungen kaum therapierbar sind, muß das primäre ärztliche Handlungsziel die Abstellung erkannter oder verdächtiger Krankheitsursachen sein. Hierzu bedarf es der Einmischung in die gesellschaftlichen Entwicklungen. Schon R. Virchow erkannte, daß Politik nichts anderes ist, als Medizin im Großen. Wir wissen manches, vieles jedoch ist noch unklar u. umstritten. Dies darf jedoch nicht als Vorwand dienen, sich der eigenen Verantwortung zu entziehen und das längst Überfällige und Notwendige zu tun. Die Zeit drängt, und es ist – so die WHO – sinnlos weitere Daten abzuwarten. Wir Ärzte sind **besonders verpflichtet, zur Lösung der Umweltkrise beizutragen.**

Diese Aufgabe hat sich der ökologische Ärztebund (ÖÄB) zum Ziel gesetzt.

Durch

- die Aufklärung der Bevölkerung über Gesundheitsgefahren durch Umweltzerstörung, Förderung neuen Denkens u. Verhaltens
- das Aufzeigen von Hintergründen, Folgen und Auswegen
- die Erkennung und Verhütung umweltbedingter Erkrankungen.
- die Verankerung mediz.-ökolog. Inhalte in der Ärzteschaft, den Standesorganisationen, der medizinischen Forschung und der Gesundheitsdienste.

Zusammen mit anderen versteht sich der ÖÄB als Wegbereiter wichtiger Alternativimpulse und versucht Lösungsmöglichkeiten mitzuarbeiten. Der ÖÄB bietet Ärzten an, sich med.-ökolog.-sozial zu engagieren, statt tatenlos

Die folgenden Stellungnahmen von BAK und ÄDKA zur Novellierung der Approbationsordnung ergänzen den Artikel "Ausbildung - Perspektiven und Vergleich" von Elfriede Kern (VDPP-Rundbrief 21/1993, S. 4-6)

Thesen der BAK zur Novellierung der Approbationsordnung (aus: DAZ 41/1992, S. 2181)

mittel- und gesundheitsökonomischen Aspekten unbedingt erforderlich.

**These 11: Der Umfang der Laborpraktika in der universitären Ausbildung muß gekürzt werden.**

Im Vergleich zu anderen westlichen Industriestaaten ist in Deutschland der Umfang der praktischen Ausbildung während des Pharmaziestudiums außerordentlich groß. Kürzungen erscheinen notwendig und sinnvoll. Theoretische Lehrveranstaltungen sollten aus Gründen einer höheren didaktischen Effektivität vermehrt in Form von Seminaren erfolgen.

**These 12: Die theoretische Ausbildung im dritten Abschnitt muß intensiviert werden.**

**These 13: Die praktische Ausbildung ist auf 18 Monate zu verlängern, wobei mindestens jeweils sechs Monate in einer öffentlichen Apotheke und in einem Krankenhaus absolviert werden müssen.**

**These 14: Der Pharmaziepraktikant muß sich im Verlauf seiner praktischen Ausbildung mit bestimmten Pflichtaufgaben befassen.**

Die Thesen 12 bis 14 beziehen sich ausschließlich auf den dritten Ausbildungsabschnitt, an dem der Pharmaziepraktikant das an der Universität erlernte Wissen in die Praxis umsetzen soll. Eine Intensivierung der theoretischen Ausbildung soll dazu beitragen, verstärkt Beratungsfähigkeiten zu vermitteln. Die Forderung, neben einem sechsmonatigen Praktikum in der öffentlichen Apotheke auch ein Praktikum im Krankenhaus zu absolvieren, soll sicherstellen, daß Kenntnisse und Fertigkeiten über die Anwendung von Arzneimitteln bei bestimmten Krankheiten unter Berücksichtigung individueller Gegebenheiten einzelner Patienten erlernt werden können. Hinzu kommt, daß speziell im Krankenhaus in besonderer Weise Beratung und Kommunikation mit Ärzten erlernt werden können. Die selbständige Erarbeitung einer Aufgabe oder eines Themas soll den Studenten hinführen, eigenständige Lösungen bei bestimmten Fragestellungen zu finden. Auch die Organisation von Arbeitsabläufen kann anhand praktischer Aufgaben gelöst werden.

im Krankenhaus bzw. in der klinischen Pharmazie erlernt werden kann. Es könnte auch Aufgabe des Apothekers sein, die Arzneimitteltherapie z. B. durch drug monitoring zu unterstützen.

**These 7: Im Studium müssen Kenntnisse über Krankheitsbilder des Menschen vermittelt werden.**

Da die Selbstmedikation immer mehr an Bedeutung gewinnt, ist der Apotheker zunehmend gefordert, die Patienten zu beraten. Um sowohl die Eigen diagnose des Patienten zu überprüfen als auch verantwortliche Entscheidungen zu treffen, wann ein Patient in ärztliche Behandlung gehört, sollte die Symptomatologie wichtiger Krankheitsbilder schon an der Universität vermittelt werden.

**These 8: Im Studium müssen gesellschaftliche und psychosomatische Aspekte von Erkrankungen sowie Risikominimierung durch gesundheitsgerechtes Verhalten vermittelt werden.**

Präventive Maßnahmen in der Gesundheitsvorsorge werden in Zukunft immer mehr Bedeutung erlangen. Hier sollte der Apotheker Kompetenz einbringen, wozu nicht nur fachliche, sondern auch kommunikative Fähigkeiten gehören.

**These 9: Dem Apotheker muß die Fähigkeit vermittelt werden, sein Fachwissen über Arzneimittel, krankheitsgerechtes Verhalten und Prävention in der jeweils adäquaten Weise an Arzt und Patient weitergeben zu können.**

Da das Einüben kommunikativer Techniken erst sinnvoll erscheint, wenn ein Mindestmaß an Berufserfahrung vorhanden ist, sollte die Umsetzung von These 9 vor allem im dritten Ausbildungsabschnitt erfolgen.

**These 10: In die universitäre Ausbildung müssen in einer eigenständigen Lehrveranstaltung „rechtliche, ökonomische und soziale Aspekte des Arzneimittels“ integriert werden.**

Da Arzneimittel b-kammtlich nicht nur ein naturwissenschaftliches Forschungsobjekt darstellen, ist eine Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Rolle des Arzneimittels, der Arzneimittel-epidemiologie und mit Arznei-

**These 3: Die von den pharmazeutischen Wissenschaften vermittelten Lehrinhalte müssen auf ihre Relevanz für das Berufsleben hin überprüft und dem Stand des Wissens ständig angepaßt werden.**

Jede Fachdisziplin sollte bei dem heutigen Umfang an verfügbarem Fachwissen eine Auswahl in der Festlegung des Lehrstoffes treffen, wobei einerseits das nötige Grundwissen sicherzustellen ist, andererseits die Erfordernisse des Berufsbildes berücksichtigt werden, und schließlich dem Studierenden die Fähigkeit vermittelt wird, sich eigenständig weitergehende Sachverhalte zu erarbeiten.

Mit den genannten drei ersten Thesen will die Bundesapothekerkammer den äußeren Rahmen für die Apothekerausbildung abgesteckt sehen. Mit weiteren elf Thesen sind konkrete Anforderungen an die universitäre bzw. praktische Ausbildung definiert, wobei inhaltliche Aspekte im Vordergrund stehen.

**These 4: Der Umfang des interdisziplinären Seminars „Fertigarzneimittel“ muß deutlich erweitert werden.**

An der Universität vermittelt jede Fachdisziplin von ihrem Standpunkt aus Kenntnisse über einen Arzneistoff. In der Berufspraxis ist jedoch gefordert, alle Einzelfaktoren zu verknüpfen und gemeinsam zu berücksichtigen. Dies sollte bereits in ausreichendem Umfang während des Studiums erlernt werden.

**These 5: Aspekte der Biopharmazie und Pharmakokinetik müssen als ein zentrales interdisziplinär zu unterrichtendes Fach in die pharmazeutische Ausbildung integriert werden.**

**These 6: Klinische Pharmazie muß Aufnahme in die Apothekerausbildung finden.**

Um den Arzt beispielsweise bei der Auswahl wirkstoffgleicher Arzneimittel zu beraten, muß der Apotheker auf profunde Kenntnisse der Biopharmazie und Pharmakokinetik zurückgreifen können. Dazu gehört das Berücksichtigen der individuellen Situation einzelner Patienten unter Einbeziehung aller therapierelevanten Faktoren, eine Fähigkeit, die insbesondere

**These 1: Die Ausbildung vermittelt insbesondere die grundlegenden naturwissenschaftlichen und pharmazeutischen Fertigkeiten und Kenntnisse, die den Apotheker zur Berufsausübung befähigen.**

Auf profundes Basiswissen kann nicht verzichtet werden. Es ist erforderlich, um den Apotheker in die Lage zu versetzen, pharmazeutische Fragestellungen sachgerecht zu lösen. Zwar wird der Apotheker auch zukünftig Naturwissenschaftler sein und bleiben. Doch mehr denn je zuvor muß er befähigt sein, das naturwissenschaftliche und pharmazeutische Wissen auf medizinische, soziale und gesundheitsökonomische Fragestellungen anzuwenden, um Kunden und Patienten, aber auch Angehörige anderer Heilberufe sachgerecht zu informieren und zu beraten.

**These 2: Die Einheitslichkeit der Approbation muß erhalten bleiben.**

Da der Umfang des verfügbaren Sachwissens heute so groß ist, daß es nicht mehr vollständig gelehrt werden kann, wurde hier und da gefordert, schon während der Ausbildung eine gezielte Spezialisierung zuzulassen. Dies würde jedoch das Prinzip der einheitlichen Approbation in Frage stellen. Gerade das Prinzip der einheitlichen Approbation sollte jedoch im Interesse des Einzelnen als auch des Berufsstandes erhalten bleiben, um dem Apotheker eine Vielzahl von Tätigkeitsbereichen auch in Zukunft zu sichern. Voraussetzung dafür ist, daß während der Ausbildung die Fähigkeit vermittelt wird, nicht nur spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben, sondern vor allem die Fähigkeit, sich in verschiedenen pharmazeutische Fachgebiete einzuarbeiten. Die genannte These soll jedoch nicht ausschließen, daß innerhalb des pharmazeutischen spezifischen Ausbildungsteils eine Schwerpunktbildung im Hinblick auf ein späteres Tätigkeitsfeld erlaubt sein kann.

Deutsche Apotheker Zeitung - 132. Jahrg. - Nr. 41 - 8. 10. 1992

## Thesen der ADKA zur Novellierung der Approbationsordnung (aus: DAZ 37/1993)

### Thesen der ADKA e. V.

### Zur Aktualisierung der Ausbildung des Apothekers

(adls). Die ADKA e. V. begrüßt die Reformbestrebungen zur Ausbildung des Apothekers und bringt ihrerseits folgende Änderungsvorschläge zum Pharmaziestudium ein.

In der Ausbildungsordnung von 1989 wird dem geänderten Berufsbild des Apothekers nicht Rechnung getragen. Früher waren Arzneimittelherstellung, Prüfung und Abgabe Schwerpunkte der Tätigkeiten des Apothekers. Heute liegt ein weiterer Schwerpunkt seiner Aufgaben in der Arzneimittelberatung gegenüber Ärzten und Patienten, was konsequenterweise seinen Niederschlag in der Apothekenbetriebsordnung gefunden hat in Form der dort aufgeführten Pflicht zur Beratung.

Die Fortschritte in der pharmazeutisch-medizinischen Forschung haben zu einer Vielzahl wichtiger Erkenntnisse geführt – vor allem im Bereich Pharmakokinetik und Pharmakodynamik –, die für die optimale Anwendung der Arzneimittel von entscheidender Bedeutung sind. Der Apotheker muß fähig sein, das pharmazeutisch-naturwissenschaftliche Wissen über das Arzneimittel in die von ihm geforderte Beratungsaktivität umzusetzen.

Ziel der Ausbildung zum Apotheker muß sein, ein zeitgemäß breit angelegtes Grundfachwissen zu vermitteln, das Absolventen befähigt, in allen Bereichen der Pharmazie qualifiziert und verantwortlich tätig zu werden (Offizin, Krankenhaus, Industrie, Verwaltung, Hochschule) und die Grundlage bietet für eine Spezialisierung, Promotion und Weiterbildung.

Dies ist durch die jetzige Ausbildungsordnung nicht ausreichend gewährleistet, da wesentliche Basiskennnisse im Grundstudium nicht oder unzureichend vermittelt werden.

Die Ausbildungsinhalte müssen daher neu überdacht werden. Inhalte einiger Lehrveranstaltungen neu bewert-

die Ausbildung aufgenommen werden. IV. Kenntnisse in Krankheitslehre sind im Grundstudium zu vermitteln.

V. In die praktischen Lehrveranstaltungen sind interdisziplinäre Praktika aufzunehmen, z. B. „Einführung in die pharmazeutische Informatik“ und „praktische Übungen zur Klinischen Pharmazie“.

VI. Im 1. Ausbildungsabschnitt soll ein interdisziplinäres Seminar „Grundlagen der Biopharmazie“ aufgenommen werden, das auf die Vorlesungen über Biopharmazie und Pharmakokinetik aufbaut.

Das Seminar „Fertigarzneimittel“ im 2. Ausbildungsabschnitt soll auf das Seminar „Biopharmazie“ aufbauen. Es soll an Fallbeispielen die klinische Anwendung von relevanten Arzneimittelgruppen geübt und erarbeitet werden (Klinische Pharmakokinetik).

VII. Der Student muß die Möglichkeit haben, in Wahl-Pflichtfächern über verwandte Wissensgebiete Kenntnisse zu erwerben: Informatik, Logistik, EDV, Betriebswirtschaft, Management.

VIII. Arzneimittelökonomie muß als eigenständige Lehrveranstaltung in die Ausbildung aufgenommen werden.

Der Student soll die Rolle des Arzneimittels in der Gesellschaft kennenlernen, d. h. die sozialen, epidemiologischen und rechtlichen, sowie die volks- und betriebswirtschaftlichen Aspekte.

IX. Im Anschluß an den 2. Studienabschnitt sollte den Studenten die Möglichkeit gegeben werden, eine Diplomarbeit anzufertigen.

X. In der praktischen Ausbildung von 18 Monaten sind 3 Praktika à 5 Monate zu absolvieren:

1. ein Praktikum in Pharmakotherapie im Krankenhaus oder einer gleichwertigen medizinischen Einrichtung, einschließlich eines je zweiwöchigen Blockunterrichts zu Beginn und Ende des Praktikums.

2. ein Praktikum in Offizinpharmazie,

3. ein Wahl-Pflichtpraktikum, einschließlich eines Blockunterrichts zwi-

chen dem 2. und 3. Teil des Praktikums.

Die praktische Ausbildung wird in jedem Teil von einem Fachapotheker mit Zusatzqualifikation betreut.

In der praktischen Ausbildung soll das im Studium erworbene theoretische Fachwissen in die Praxis umgesetzt und durch praktische Erfahrungen in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern erweitert werden. Außerdem soll der Praktikant möglichst viele Berufsfelder kennenlernen, um eine Grundlage für eine Berufsentscheidung zu erlangen.

Während des Praktikums im Krankenhaus werden durch die Tätigkeit auf der Station der Umgang und die Zusammenarbeit mit allen Heilberufen geübt (Ärzten, Pflegepersonal, Ernährungsassistenten, Mikrobiologen etc.). Der Pharmaziestudent lernt die medizinische Terminologie, Krankheitsbilder, physiologische Gegebenheiten und die ärztlicher Denkweise kennen und verstehen.

Er lernt die praktische Umsetzung der im Studium erworbenen pharmazeutisch-naturwissenschaftlichen und medizinisch-biologischen Kenntnisse auf die Arzneimittelberatung von Ärzten und Patienten (Kommunikationstechniken, Gesprächsführung). Die im Krankenhaus erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten stellen die Grundlage dar, um im 2. Teil des Praktikums in der Offizin den Patienten und den Arzt fachkompetent zu beraten. Daher ist das Pflichtpraktikum in Pharmakotherapie diesem vorzuschalten.

XI. Das Krankenhauspraktikum ist Teil der universitären Ausbildung. Der Praktikant erhält während dieser Zeit – analog der Pflegen – keine Vergütung. Auch deshalb steht es am Beginn des 3. Ausbildungsabschnittes.

XII. Der 3. Teil des Praktikums kann wahlweise in

– einer Krankenhausapotheke

– einer Bundeswehrapotheke

– der pharmazeutischen Industrie

– einem Universitätsinstitut oder einer geeigneten wissenschaftlichen Institu-

tion

– oder einer Arzneimittel-Untersuchungsstelle bzw. vergleichbaren Einrichtung absolviert werden.

XIII. Die Lehrziele und Lehrinhalte der begleitenden Unterrichtsveranstaltungen sollen auf alle Praktika abgestimmt sein und in zwei Blöcken vermittelt werden.

Der 1. Blockunterricht während des Krankenhauspraktikums soll das im Krankenhaus Gelernte vertiefen und Vorbereitung auf das Offizinpraktikum sein.

Der 2. Blockunterricht soll zwischen dem 2. und 3. Teil des Praktikums absolviert werden.

Der Blockunterricht soll in Kooperation mit der Universität durchgeführt werden, im 1. Blockunterricht mit Medizinern und Klinischen Pharmazeuten als Referenten.

Die Praktikanten sollen in jedem Praktikum selbständig ein frei gewähltes Thema bearbeiten und vortragen.

In der Prüfung soll der Absolvent über ein Thema nach Wahl referieren.

#### *Anschriften der Verfasser:*

Dr. Christa Gonnemann, Leiterin der Apotheke des Klinikums der Universität Ulm, Staudingerstr. 5, 89081 Ulm.

Dr. Roland Radziwill, Vorsitzender des Ausschusses für Klinische Pharmazie, Leiter der Apotheke des Städtischen Klinikums Fulda, Facillalallee 4, 36043 Fulda, für den ADKA-Ausschuß für Klinische Pharmazie. □

# 8th Social Pharmacy Workshop

## INVITATION

### REGISTRATION

The registration fee of DM 410.00 does include the welcome reception, lunch on Sunday, the reception at the Red Town Hall, the riverboat cruise and the Conference Dinner (Tuesday evening) but no accommodation.

A late registration fee of DM 50.00 is payable if the registration fee is not received by May 1st.

Payment can be made to:

Berliner Bank AG  
 Kto.-No.: 438 8888 700  
 BLZ: 100 20 000  
 Code: Tagung Sozialpharmazie UT 94

German participants who wish to attend on Sunday 5th June, 1994 only can do so for a registration fee of DM 100.00 which includes lunch and reception at the Red Town Hall.

As in previous workshops, the number of participants will be limited.

Please remember that your registration can only be accepted when accompanied by payment.

Participants from Eastern European Countries may ask for special conditions.

Please return your registration form and abstract to:

The Conference Office  
 8th Social Pharmacy Workshop  
 Fachbereich Pharmazie  
 Goethestraße 54  
 D-13086 Berlin

Fax +(030) 467 42 43

### ACCOMMODATION

We have agreed on a block reservation with the following three hotels. Every participant is asked to make his or her reservation directly with the hotel of his or her choice.

Deadline for hotel reservation: May 5th, 1994

Hotel	category (single)	tel./fax
Hotel "Am Gendarmenmarkt" Charlottenstr. 52 D-10117 Berlin	DM 150.00 (special price, breakfast included (40 rooms))	tel. (030) 238060 fax (030) 23806100
Garni Hotel Candarm Charlottenstr. 60 D-10117 Berlin	DM 160.00 (special price, breakfast included) (15 rooms)	tel. (030) 2004180 fax: (030) 2082482
Spreihotel Abakus Wallstraße 59 D-10179 Berlin	DM 170.00 (special price, breakfast included) (30 rooms, for the time being from 5-8 June only)	tel. (030) 27360 fax: (030) 2002109

The Conference Office does not feel responsible for providing accommodation and asks all participants to address the recommended hotels or any other one of your choice directly.



Humboldt-Universität zu Berlin  
 Unter den Linden 6, 10117 Berlin  
 4th - 8th June, 1994

## INTRODUCTION

The first International Workshop on Social Pharmacy took place in Helsinki in 1979 and has been held since then every other year in different countries in Europe. Germany will host this Workshop, which puts special emphasis on current issues and developments in Social Pharmacy and Pharmacy Practice, for the first time.

At previous meetings people from all over the world who are interested in Social Pharmacy research have taken part and again we hope for a fruitful discussion between researchers, practitioners, and policy-makers.

The conference language is English. There will be no simultaneous translation.

## CALL FOR PAPERS

Abstracts for both oral and poster presentations are welcome in topics relevant to current issues and developments in Social Pharmacy and Pharmacy Practice. Recently completed research, especially when focussing on new methods, will be preferred.

Abstracts (maximum of 400 words, copy size 12 pt) should be typed on the enclosed form and sent to the Conference Office.

Participants are requested to submit their complete papers not later than May 1st, so that they can be distributed among other participants.

Deadline for abstracts:            March 1st, 1994

Deadline for complete papers:    May 1st, 1994

## VENUE

The workshop will be held in the main building of Humboldt-University while the semester is still going on. The main building is situated in the centre of the historical Berlin and provides excellent access to the rich cultural life of Germany's capital. It is easily accessible from any part of the city including the airport.

## Preliminary programme

### Saturday, 4.6.94

- 11.00 a.m.  
Meeting of the "Network on Social Pharmacy Education" at Humboldt-University, Berlin
- 6.00 to 9.00 p.m. Welcome Reception in the main building of Humboldt-University

### Sunday, 5.6.94 (open to guests)

- Morning: Introduction and Plenary session with 2 lectures
  - \* Pharmacoepidemiology - the medical approach
  - \* Pharmacoepidemiology - the Public Health approach
- Lunch
- Afternoon:
  - \* Pharmacoepidemiology - the pharmaceutical approach
  - \* Poster session I
- Evening: Reception at the Red Townhall of Berlin (cultural activities)

### Monday, 6.6.94

- Parallel Workshops
  - \* Qualitative methods in Social Pharmacy Research
  - \* Data files and data processing
  - \* Qualifying criteria of pharmacoepidemiological studies
- Evening: Boat Cruise on the River Spree/Berlin at night

### Tuesday, 7.6.94

- Morning: Parallel sessions according to submitted papers
- Afternoon: Poster session
- Evening: Buffet dinner

### Wednesday, 8.6.94

- Morning:
  - \* Report on parallel workshops and sessions
  - \* General assembly and closing of the 8th Workshop

**8th Social Pharmacy Workshop**

**REGISTRATION FORM**

Please type or print.

TITLE .....  
 FIRST NAME .....  
 SURNAME .....  
 ORGANISATION .....

**I want to attend:**

- The full Workshop from 4th - 8th June, 1994
- Sunday 5th June, 1994 only
- The Social Pharmacy Education Network on Saturday 4th June, 1994

**ADDRESS FOR CORRESPONDENCE**

.....  
 .....  
 .....

POSTCODE .....

TELEPHONE NO. ....

FAX NO. ....

DATE/SIGNED .....

Please complete and return to: The Conference Office, 8th Social Pharmacy Workshop, Fachbereich Pharmazie, Goethestraße 54, D-13086 Berlin

Registration must be accompanied by payment.

**8. Internationaler Workshop Sozialpharmazie in Berlin 1994**

Vom 5.6. - 9.6.1994 findet an der Humboldt-Universität in Berlin der 8. Internationale Workshop Sozialpharmazie mit etwa 100 Teilnehmern aus Deutschland, Nord- und Westeuropa, aber auch aus den USA und den osteuropäischen Ländern.

Die Themen des Workshops "Anliegen und Methoden pharmakoevidenzbiologischer Studien" sowie "Pharmazeutische Fürsorge und Patientenberatung" stehen in enger Beziehung zur praktischen Pharmazie und werden durch Vertreter unterschiedlicher pharmazeutischer Aufgabenbereiche diskutiert.

Für eine finanzielle Unterstützung des Workshops, die insbesondere auch unseren Teilnehmern aus den osteuropäischen Ländern zugute kommen soll, besteht die Möglichkeit der Spendeneinzahlung auf folgendes Konto, das bei der Humboldt-Universität geführt wird:

**Spendenkonto: Berliner Bank AG**  
**Kto.-Nr. 438 88 88 700**  
**BLZ 100 200 00**  
**Code: Tagung Sozialpharmazie UT 94 (Spende)**

Die Finanzabteilung der Humboldt-Universität hat zugesagt, für jede eingehende Spende eine Spendenbescheinigung auszustellen.  
 Für Ihre Hilfe und Unterstützung danken wir Ihnen herzlich und senden Ihnen, sofern Sie es wünschen, eine Einladung zu.

Berlin, den 25.8.1993

Doz. Dr. habil. Marion Schaefer

## Adressen der regionalen Kontaktpersonen

### **Baden-Württemberg**

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

### **Bayern**

Michaela Raasch  
Birkenweg 14  
85551 Kirchheim  
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