

VDPP - *Rundbrief*

11. Jahrgang, Nr. 48 / April '99

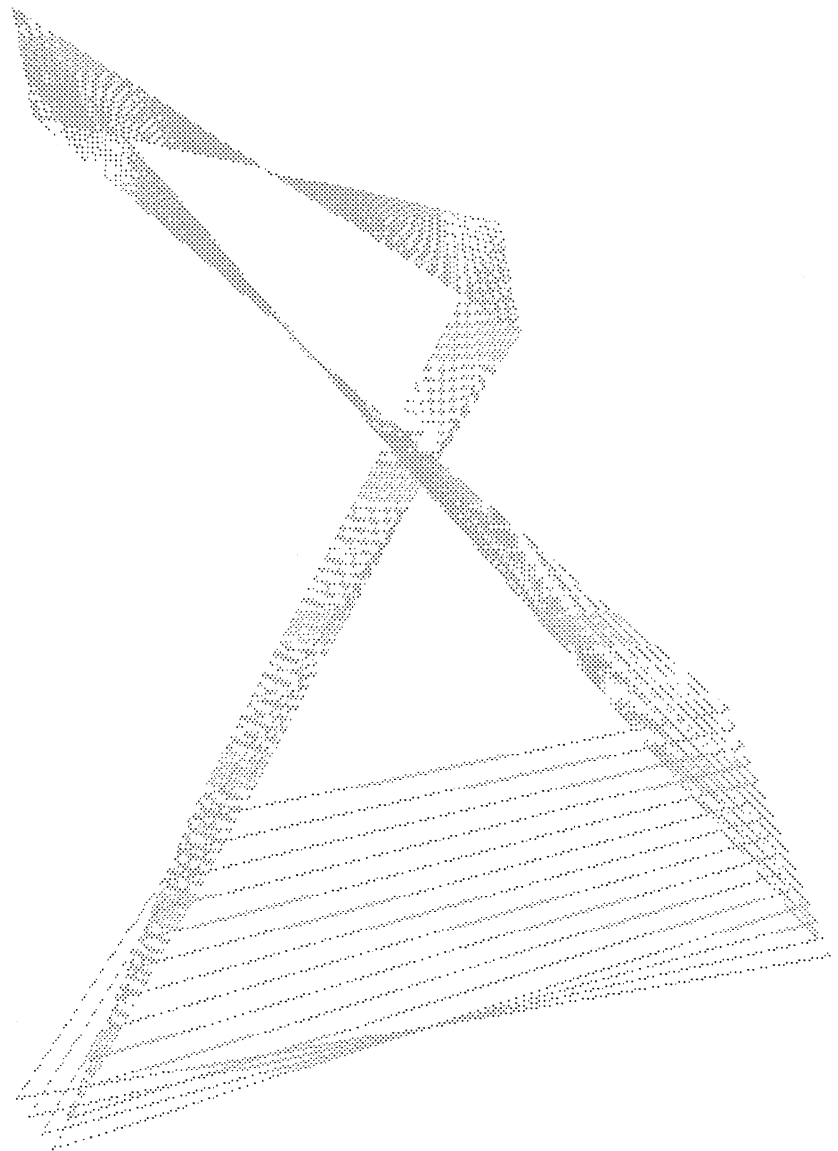
MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

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



Inhalt

Barbara Greiner und Marion Mikula	3
Zu viel, zu lange, zu selbstverständlich	
Bernd Rehberg	10
QMS in der öffentlichen Apotheke	
Markus Hausmann	13
Beratungsbogen	
Katja Lorenz	14
VDPP-Vorstandstreffen (6.12.1998 in Kassel)	
Ein großer Schritt zu mehr Demokratie und Effizienz	17
Stellungnahme des VDPP-Vorstands	19
Thomas Hammer und Udo Ament	21
Nicht geschriebener Brief 21	

Dokumentation

Ethik-Kodex (PZ 45/1998, S. 28 ff)	23
Stellungnahme zur Debatte um die Zulassung von RU 486	25
Neutrazeptika (GID 130, Dez. 1998, S. 19 ff)	29
Offener Brief an Novartis (Greenpeace)	30

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V., Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Tel. 040 - 45 87 68-0, Fax 040 - 45 87 68-1, Bankverbindung: Postgiroamt Berlin, BLZ 100 100 10, Kto. 200 47 - 105
 Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer
 eMail: vdpp.de@T-online.de
 Internet: <http://home.t-online.de/home/vdpp.de>
 Bildredaktion: Dr. Thomas Schulz
 Layout und Satz: Ulf H. Thomas, Tel. 040 / 47 65 64-0, Fax 040 - 47 65 64-1 (Beiträge bitte in den üblichen Textverarbeitungsprogrammen)
 Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.
Bei Quellenangabe frei zum Nachdruck; Belege erbeten.

Barbara Greiner und Marion Mikula

Zu viel, zu lange, zu selbstverständlich

Benzodiazepine

Kurzfassung einer Studienarbeit im Rahmen des Aufbaustudienganges „Gesundheitswissenschaften“ an der Universität Bielefeld (Leistungsnachweis zur Lehrveranstaltung „Medizinische und biologische Grundlagen“)

Einleitung

Allgemein besteht Konsens darüber, daß Arzneimittel ein essentieller Faktor in der medizinischen Behandlung von physischen und psychischen Befindlichkeitsstörungen, Krankheiten und Gebrechen sind. Selbst wenn in vielen Fällen durch Medikamente zwar keine Heilung bzw. Reparatur der defekten Funktionen erzielt werden kann, so kann doch zumindest erreicht werden, daß sich die Lebensqualität der Patienten verbessert und daß sie weitgehend sozial integriert bleiben. Zweifelsfrei erbringt der indikationskonforme, rationale Einsatz von Arzneimitteln auch enormen volkswirtschaftlichen Nutzen, allein wenn man bedenkt, wieviele Menschen ihre Arbeitsfähigkeit nur aufgrund von gelegentlicher oder regelmäßi-

ger Medikamentenzufuhr aufrecht erhalten können. Andererseits besteht auch Konsens darüber, daß Arzneimittel besondere, nicht nur mit Nutzen sondern vielfach auch mit Gefahren für Leib und Leben der Verbraucher behaftete Wirtschaftsgüter sind, deren Entwicklung, Herstellung, Vertrieb und Einsatz an spezielle gesetzliche Auflagen geknüpft werden.

So wird mit dem Begriff „Arzneimittelabhängigkeit“ ganz sicher nicht die Lage eines chronisch kranken Menschen assoziiert, der regelmäßig auf die Zufuhr von z.B. Insulin im Falle eines Typ I-Diabetes angewiesen ist und dessen Lebensqualität demnach entscheidend von der Verfügbarkeit dieses Arzneimittels abhängt. Vielmehr induziert „Abhängigkeit“ Begriffe wie „Miß-

brauch“ und „Sucht“. Allerdings ist gegenüber einem heute weit verbreiteten Problembewußtsein hinsichtlich des Mißbrauchs von Drogen und Alkohol die Sensibilisierung für Medikamentenabhängigkeit noch gering. Dies mag zum einen daran liegen, daß Medikamentenabhängigkeit häufig mit dem gleichzeitigen Mißbrauch von Alkohol und/oder Drogen einhergeht und von diesem überschattet wird. Ein anderer wesentlicher Grund besteht darin, daß Medikamentenabhängige sehr lange unauffällig und sozial integriert bleiben können (DHS, 1994, S. 42).

Zu beachten ist, daß Mißbrauch zur Abhängigkeit führen kann, wohingegen Abhängigkeit nicht auf Mißbrauch beruhen muß. Unkritische ärztliche Verordnung psychotroper Pharmaka ist eine wichtige Ursache von Medikamentenabhängigkeit.

Zur Verschreibungspraxis von psychotropen Pharmaka, insbesondere Benzodiazepinen

Von Ferber et al. (1992) betrachten Konsumenten abhängigkeitsfördernder Arzneimittel dann als abhängig, wenn sie die Medikamente durchgängig länger als 9 Monate mit mehr als einer definierten mittleren Tagesdosis (DDD >1)¹ erhielten. Sie fanden in einer 5%-Stichprobenuntersuchung der Versicherten der AOK Dortmund des Jahres 1988, daß nach diesen Kriterien 1,8 % der Stichprobenprobanden als abhängig von ärztlich verordneten Medikamenten anzusehen waren, wobei bereits etwa 1% allein auf Benzodiazepinabhängigkeit entfiel, gefolgt von Barbituratabhängigkeit. Wenn diese Stichprobe auch als repräsentativ für die Bundesrepublik angenommen werden könnte, käme man bereits zu

etwa 800.000 Benzodiazepinabhängigen 1988 bundesweit. Schätzungen für die Bundesrepublik Deutschland gehen davon aus, daß zwischen 800.000 - 1,2 Mio. Bundesbürger arzneimittelabhängig sind. Die Dortmunder Befunde korrelieren eher mit dem Maximalwert (s.u.).

Etliche der therapeutisch genutzten psychotropen Substanzen oder Substanzgruppen haben für die Entwicklung einer Arzneimittelabhängigkeit hierzulande praktisch nur noch geringe Bedeutung. Abbildung 1 soll diese Aussage untermauern. Die angegebenen Werte nennt Melchinger (1992) als Ergebnis einer Studie zur iatrogenen Abhängigkeit, die über das Jahr 1988 geführt wurde und im Einzugsbereich einer norddeutschen Ortskrankenkasse Langzeitverordnungen psychotroper Arzneimittel erfaßte, d.h. für diesel-

ge unkritischer Verschreibungen ganz essentiell zum Problem der Arzneimittelabhängigkeit beigetragen hat und noch beiträgt, wie nachfolgend gezeigt wird.

Der Verbrauch von Barbituraten ist - auch infolge von Indikationsbeschränkungen - im Laufe der vergangenen zehn Jahre drastisch zurückgegangen. Dagegen hat sich die Verordnungspraxis von Benzodiazepinen trotz ihrer seit 1984 bestehenden Unterstellung unter das Suchtstoffabkommen der WHO und flankierender Maßnahmen wie Präzisierung der Indikationen, Verbot der Laienwerbung, Veröffentlichung von Therapieempfehlungen und Fachinformationen seitens der Aufsichtsbehörden und der Hersteller, trotz der Warnhinweise in den Packungsbeilagen nicht vergleichbar verändert. Wie die in Abbildung 2

Zopiclon mit noch unklarem Abhängigkeitspotential zurückgegriffen wird), sodaß insgesamt nur eine Reduktion des Benzodiazepinverbrauchs um etwa 30 % resultiert.

Untersuchungen zum Thema Verordnungsverhalten aus den Jahren 1988/90 kommen zu dem Ergebnis, daß der Hauptanteil der Verordnungen, vor allem auch langdauernder, von Tranquilizern und Sedativa von Allgemein- und internistischen Praxen ausgeht, während Neurologen oder Psychiater sich weitgehend an die Verschreibungsempfehlungen halten (Glaeske 1991, zitiert nach Melchinger, a.a.O.) Zudem ermittelten v.Ferber et al. (a.a.O.), daß nur etwa ein Drittel der Langzeitverordnungen aufgrund medizinischer Indikation erfolgte, sondern

häufig unklare Diagnosen wie psychosomatische Beschwerden und Schlafstörungen, vegetative Dys-tonie oder depressive Verstimmung Anlaß zu Dauer-verschreibungen waren.

Entstehungsbedingungen von Medikamentenabhängigkeit

Das Entstehen von Abhängigkeit läßt sich nicht auf eine einzige Ursache zurückführen. Ohne daß bisher im Detail geklärt werden konnte, welches die tatsächlichen Ursachen für die Herausbildung süchtigen Verhaltens sind, besteht Konsens darüber, daß es sich bei diesem Phänomen um ein „multi-faktorielles Geschehen“ handelt. In der Literatur verbreitet ist heute ein Ansatz, der von einem Zu-

Abbildung 1 (nach Melchinger, 1992)

ben Patienten über mehrere Quartale hinweg sukzessive erfolgende Verschreibungen. In diesem Rahmen machen Benzodiazepine - als Tranquilizer und Schlafmittel - zwei Drittel aller Verschreibungen aus. Die Gruppe der Benzodiazepine erscheint damit als diejenige der psychotropen Pharmaka, die infol-

dargestellte Verteilung zeigt, hat nur die Verschreibungsmenge - ausgedrückt in DDD - der Benzodiazepin-Tranquilizer über die Jahre hin abgenommen, während Hypnotika-Verschreibungen eher zunahmen (wobei in den letzten Jahren verstärkt auf die hier nicht mit dargestellten Rezeptoragonisten Zolpidem und

sammenwirken sowohl chemischer, als auch individueller und psychosozialer Faktoren ausgeht. Diese drei wesentlichen Faktorenkomplexe ge-

fig auftritt. Der Organismus hat sich an die regelmäßige Zufuhr eines bestimmten Suchtstoffes gewöhnt und sich darauf eingestellt. Wird das Me-

gemeinsamen Konsum von Alkohol oder Drogen hat die Einnahme von Medikamenten kaum den Wert eines „social events“, sie erfolgt still und unauffällig. Beim Griff zum Medikament liegt bereits ein Problem vor, wie Lindenmeyer (1993, S. 59f) betont. Dies kann nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren bestehen in neurovegetativen und psychosomatischen Beschwerden, Schmerzzuständen, Schlafstörungen, depressiven Verstimmungen oder Stimmungsschwankungen, Antriebs- und Konzentrationsstö-

hen in den Begriff des Bedingungsgefüges ein:

1. Das Medikament mit seinen pharmakologischen Wirkungen auf biologische Vorgänge (Mißbrauchs-/Suchtpotential)
2. Die Persönlichkeit in einer besonderen Lebenssituation (innere Griffnähe)
3. Die Umwelt mit ihrem „Angebot“ zur Veränderung der Befindlichkeit (äußere Griffnähe)

Pharmakologische Entstehungsbedingungen

Neben dem Abhängigkeitspotential des Medikaments sind die Dauer der Einnahme und die Höhe der Dosis relevant. Allerdings kann es auch bei niedrigen Dosen, sofern sie über einen längeren Zeitraum hinweg eingenommen werden, zur sogenannten „*low-dose-dependence*“ kommen, wie sie im Fall der Benzodiazepine besonders bei älteren Menschen häu-

dikament dann weggelassen, kommt es zu Entzugserscheinungen, die abhängig von oben genannten Faktoren, unterschiedlich stark in ihrer Ausprägung sind.

Eine besondere Gefahr psychotroper Substanzen besteht darin, daß nach ihrem Absetzen Symptome wie Kopfschmerz, Angstgefühle, Schlaflosigkeit, Verwirrtheit etc. auftreten und diese irrtümlich als Wiederauftreten der ursprünglichen Symptomatik interpretiert werden können. Zustände kommen diese Symptome durch einen zeitversetzt auftretenden gegenregulatorischen „Rückschlag-Mechanismus“ (rebound effect). Dieser führt in vielen Fällen dazu, daß das Medikament weiterhin verordnet und eingenommen wird.

Individuelle und psychosoziale Bedingungen

Medikamente werden nicht „einfach so“ eingenommen, etwa weil die äußeren Umstände ihrer Einnahme angenehm wären. Im Gegensatz zum

anhaltenden familiären Belastungen und Konflikten, kritischen Lebenssituationen (Kündigung, Partnerverlust), bestimmten Persönlichkeitsvariablen wie Selbstunsicherheit, geringe Belastbarkeit, emotionale Labilität, um nur einige zu nennen (DHS, 1991, S. 9).

Für die Herausbildung einer Abhängigkeit ist entscheidend, inwieweit ein Individuum in der Einnahme von Medikamenten eine Lösung für seine/ihre Probleme sieht. Die Bereitschaft, Medikamente als adäquates Mittel zur Bewältigung bestimmter Gefühle/Konflikte anzusehen, wird als *innere Griffnähe* bezeichnet. Hierbei kommen persönliche Einstellungen („Recht auf Wohlbefinden“) sowie erlernte Konfliktlösungsmechanismen zum Tragen. Unter der *äußeren Griffnähe* hingegen werden die Faktoren verstanden, durch die ein Medikament verfügbar wird, wie Verschreibungspraxis, Packungsgröße, Bevorratung, Weitergabe und Empfehlung, Werbung und allgemeine Akzeptanz durch die Umgebung.

Eine besondere Rolle wird hierbei der Werbung zuteil, die das Bild ewig junger, schöner und erfolgreicher Menschen durch ständige Wiederholung zu einem Maßstab erklärt, an dem gemessen die/der Einzelne ihre/seine realen oder vermeintlichen Defizite deutlicher wahrnimmt und diese häufig als veränderungsbedürftig betrachtet. Immerhin ist direkte Medienwerbung für Psychopharmaka untersagt. Wie sinnvoll dies ist, läßt sich am Beispiel des Schmerzmittels „Thomapyrin“ demonstrieren. Das Kombinationspräparat, das in dem groß angelegten Werbefeldzug unter dem Slogan „fit und schmerzfrei“ angeboten wurde, führte 1995 die Liste der meistverkauften Arzneimittel der Bundesrepublik an (Latta & Meyer, S. 8). Den ersten Platz neben anderen nahm es allerdings auch auf der Liste nicht verschreibungspflichtiger mißbrauchter Arzneimittel (Glaeske, 1997, S. 49) ein.

Wird die Herausbildung einer Abhängigkeit durch ärztliches Verhalten begünstigt oder gar verursacht, wird von iatrogenen Ursachen gesprochen. Dies ist nicht nur der Fall, wenn Medikamente über einen zu langen Zeitraum, in zu hohen Dosierungen bzw. zu großen Packungen verschrieben werden, sondern auch, wenn die Verschreibung mehrerer Präparate mit Mißbrauchspotential gleichzeitig erfolgt, wenn Persönlichkeit und Lebensgeschichte des/r Patienten/in nicht genügend Berücksichtigung finden oder Medikamente ohne genügend Kontrolle und ohne persönlichen Kontakt zum/r Patienten/in verschrieben werden. Gerade bei der Entstehung von Benzodiazepinabhängigkeit spielt ärztliches (Fehl-)verhalten eine große Rolle, wie in der Literatur über-

einstimmend angeführt wird (Poser, 1991; Kuhs, 1994; DHS, 1991). Besonders eklatant sind diejenigen Fälle, in denen Patienten mit einer Arbeitsunfähigkeits- oder Krankenhausaufnahme aus den ICD-Gruppen 303 (Alkoholabhängigkeit) 304 (Medikamenten- bzw. Drogenabhängigkeit) und 305 (Medikamenten- bzw. Drogenmißbrauch) im Anschluß an diese Zeit Benzodiazepin-Derivate verordnet bekamen, obwohl diese bei Patienten mit bekannter Abhängigkeitsproblematik kontraindiziert sind (Glaeske, 1997, S. 73).

Zur spezifischen Situation von Frauen

Übereinstimmung herrscht in der Literatur darüber, daß Frauen häufiger von Medikamentenabhängigkeit betroffen sind als Männer. Lediglich in der Altersgruppe der 18-20-Jährigen sind die Prävalenzwerte bei Frauen und Männern gleich, in den anderen Altersgruppen sind die Werte der Frauen 1,3fach bis doppelt so hoch wie die der Männer (Kraus, 1997, S. 108). Gut recherchierte Erklärungen dafür werden jedoch selten angeboten und scheinen vorwiegend feministisch orientierte Einrichtungen zu interessieren.

Aufgrund enormer Belastungen innerhalb und außerhalb der Familie ist die Angst vieler Frauen davor, diese Belastungen nicht mehr bewältigen zu können, hoch. Im Gegensatz zu Alkohol und Drogen dienen Psychopharmaka nicht dem Herbeiführen rauschhafter Exzesse, sondern dem Aufrechterhalten des täglichen Funktionierens. Scham-, Schuld- und Versagensgefühle spielen meist im Vorfeld der Abhängigkeit eine große Rolle. Medikamente kommen daher, sofern andere Be-

wältigungsstrategien nicht zu Verfügung stehen (und gestellt werden), als Lösungsmöglichkeit in Betracht. Für Psychopharmaka des Benzodiazepintyps hat sich folglich die Bezeichnung „mothers little helpers“ etabliert.

Sicherlich ist hierbei auch von Bedeutung, daß nach wie vor für Frauen der Griff zum Whiskyglas oder der Spritze sehr viel weniger akzeptabel ist als für Männer, da die gesellschaftliche Toleranz diesbezüglich bei Männern größer ist als bei Frauen. Für Letztere hat der Genuß beider Suchtstoffe noch immer den Beigeschmack unmoralischen Verhaltens. Psychopharmaka sind, sowohl was ihre Einnahme als auch ihre Wirkung betrifft, unauffällig, eine gesellschaftliche Stigmatisierung muß daher nicht befürchtet werden (Clio, S. 4).

Hinzu kommen eine geschlechtsspezifische Verschreibungspraxis, die dadurch charakterisiert ist, daß auf die als diffus wahrgenommenen Beschwerden von Frauen häufiger mit Psychopharmaka reagiert wird (Rüthlein, 1998, S. 18), sowie eine höhere Bereitschaft von Frauen, eine/n Arzt/Ärztin aufzusuchen.

Zur spezifischen Situation älterer Menschen

Anders als bei anderen Suchtmitteln wird die Gefahr von Mißbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten mit zunehmendem Lebensalter immer größer. Diesem Phänomen wurde bisher in der Literatur noch wenig Rechnung getragen. Weyerer und Zimmer (1997, S. 159-183) haben eine Auswertung der vorliegenden empirischen Studien über Altersabhängigkeit von Medikamenten

vorgenommen. Danach konnte durch Bevölkerungsstudien in verschiedenen Ländern konsistent ein Zusammenhang zwischen dem Psychopharmakagebrauch und dem Alter sowie dem Geschlecht nachgewiesen werden. Mit zunehmendem Alter tritt der höhere Medikamentenkonsum des weiblichen Geschlechts deutlicher hervor.

In der Bundesrepublik beträgt der Anteil der Benzodiazepine an den Psychopharmaka ca. 30 Prozent. 70 bis 80 Prozent dieser Benzodiazepinverschreibungen betreffen die über 60-Jährigen. Benzodiazepin-Langzeitverordnungen treffen diese Altersgruppe ebenfalls in höherem Ausmaß. Dabei werden die organischen Besonderheiten des älteren Körpers zuwenig berücksichtigt. Daher treten vor allem bei älteren Menschen Nebenwirkungen von Benzodiazepinen auf, wie kognitive und psychomotorische Beeinträchtigungen. In diesem Zusammenhang wird auch auf das erhöhte Risiko von Oberschenkelhalsbrüchen verwiesen.

Ist die Situation älterer Menschen bezüglich des Psychopharmakakonsums problematisch, so ist sie bei institutionalisierten älteren Menschen noch brisanter. Der Psychopharmakagebrauch in Alten- und Pflegeheimen ist um ein Vielfaches höher als bei älteren Menschen in Privathaushalten. Die Zahlenangaben darüber, wie hoch der Anteil der Heimbewohner/innen ist, der mit Psychopharmaka behandelt wird, schwankt zwischen 50% und 75%, wobei die Unterschiede zwischen einzelnen Heimen beträchtlich sind. Dabei korreliert die Menge verordneter Psychopharmaka auffallend (negativ) mit Größe und personeller

Ausstattung der Heime: „Die bisherigen Forschungsergebnisse legen einen Zusammenhang zwischen dem gut dokumentierten Psychopharmakamißbrauch und ungünstigen institutionellen Bedingungen in Altenheimen und Altenpflegeheimen nahe.“ (Weyerer & Zimmer, 1997, S. 177).

Folgen der Medikamentenabhängigkeit

Früher wurde in der Suchttherapie davon ausgegangen, daß eine Behandlung erst einsetzen kann, wenn die Patientin/der Patient „am Ende“ ist, da erst dann der nötige Leidensdruck vorhanden sei, um eine ausreichende Motivation für den schweren Weg der Therapie zu gewährleisten. (Wienberg, 1992, S. 20). Heute wird gefordert, so früh wie möglich einzugreifen, um die Folgen der Abhängigkeit - gerade auch die sozialen - entsprechend gering zu halten (Ziegler, 1992, S. 64). Völlig zerrüttete Familienverhältnisse oder zerstörte Sozialbeziehungen erschweren den Betroffenen nach erfolgter Entwöhnung die Aufrechterhaltung der Abstinenz.

Infolge einer längerfristigen Einnahme von abhängigkeitsbildenden Medikamenten tritt eine Gewöhnung ein, d.h. die Empfindsamkeit des Körpers gegenüber dem Stoff wird herabgesetzt, u.U. ist eine höhere Dosis erforderlich, um die gleiche Wirkung zu erzielen (Toleranzentwicklung). Von Kreuztoleranz wird gesprochen, wenn es zur gleichzeitigen Toleranzerhöhung gegenüber anderen Suchtstoffen kommt, wie z.B. Alkohol.

Ein schwerwiegendes Problem für Medikamentenabhängige stellt die

veränderte Wirkweise des Medikamentes bei langfristigem Gebrauch dar. So können Benzodiazepine sogar angstauslösend wirken, obwohl sie den Anxiolytika zugeordnet werden und bei bestimmungsgemäßem Gebrauch auch diese Wirkung zeigen. Werden mehrere Medikamente parallel eingenommen, so kann es zu Wechselwirkungen mit nicht voraussehbarer Wirkung kommen. Eine Fehleinschätzung der noch im Körper verbliebenen Menge an Wirkstoffen ist immer wieder Ursache von Arbeits- und Verkehrsunfällen. Schlafmittel können darüber hinaus den natürlichen Schlaf nachhaltig zerstören, da sie die Schlafphasen mit unterschiedlichen Hirnaktivitätsfrequenzen „plattwalzen“ (Lindenmeyer, 1993, S.62). Über einen langen Zeitraum extensiv eingenommen, führen Benzodiazepine zu einem Gefühl völliger innerer Leere. In diesem Stadium ist die Möglichkeit sozialer Interaktion weitgehend eingeschränkt. Die Betroffenen bleiben emotional völlig unbeteiligt. Werden Medikamente häufig in der Absicht eingenommen, im sozialen Umfeld zu funktionieren, so tritt nach kurzfristiger Verbesserung der Problematik langfristig deren Verschärfung ein.

Erkennen Medikamentenabhängige ihre Problematik und wollen sie ihre Abhängigkeit beenden, steht ihnen ein langer Weg bevor. Der Entzug von Benzodiazepinen ist langwierig und schwierig (Kuhs, 1994, S. 4; DMW, 1980, S. 1711; Latta & Meyer, 1998, S. 8; DHS, 1991, S. 46) Lindenmeyer (1993, S. 61) beschreibt dies anschaulich: „Anders als bei Alkohol treten Entzugserscheinungen beim Absetzen eines Medikamentes oftmals nicht sofort auf. Die manchmal erst nach Tagen

einsetzenden körperlichen Entzugserscheinungen sind andererseits bei vielen Medikamenten weitaus stärker und vor allem langanhaltender als bei Alkohol. Manchmal kann es Wochen oder gar Monate dauern, bis sich wieder ein normaler Schlaf einstellt, oder lästiges Zittern und Schwitzen, verbunden mit starken Angstgefühlen und wechselnden Schmerzen, gänzlich verschwunden sind. Während es Alkoholikern bei einer Entgiftungsbehandlung normalerweise bereits nach wenigen Tagen zunehmend besser geht, werden Medikamentenabhängige für ihre Abstinenz zunächst überhaupt nicht belohnt. Im Gegenteil, für sie beginnt gerade in den ersten Therapie-wochen ein schwieriger Durchhalte-kampf gegen die Versuchung, die Behandlung vorzeitig abubrechen, weil es 'immer noch nicht besser geht'."

Es ist zu vermuten, daß ein Großteil der Medikamentenabhängigen über Jahrzehnte unauffällig bleibt und nie einschlägige Suchtberatungen oder Fachkliniken aufsucht. Am häufigsten dürfte noch der Versuch des Hausarztes/der Hausärztin sein, durch „Ausschleichen“, d.h. langsame Senkung der benötigten Dosis, die Abhängigkeit der Patientin/des Patienten zu beenden.

Therapeutische Ansätze müssen die demografische Zusammensetzung der Betroffenen berücksichtigen. Wenn Frauen und ältere Menschen hier besonders gefährdet sind, so muß dies seinen Niederschlag in der Konzeption der Angebote finden. Interventionsstudien in Altenpflegeheimen, mit denen der Psychopharmakagebrauch aufgrund geschaffener Alternativen verringert werden kann, oder frauenspezifische

Beratungseinrichtungen, die auch die gesellschaftliche Situation der Frauen reflektieren, sind hierzu sicherlich ein Beitrag.

Schlußbemerkungen

Der schnelle Griff zur wohlfeilen Medizin - vom Vitamincocktail über Mineralvielfalt bis zu Schmerzkillern, Schlafförderern etc. -, die rasche Erlösung von allen Übeln in jeder Lebenslage verspricht, ist bereits so selbstverständlich geworden, daß vielfach gar nicht versucht wird, diese Übel auf einer adäquateren Ebene anzugehen. Der Konsum von Schmerz- und anderen Tabletten wird heute bereits in der Schule eingeübt, wobei der Anteil der Mädchen, die zu solchen Mitteln greifen, erschreckend hoch ist. Eine Studie an einer Berliner Gesamtschule ergab, daß dort 80% der Mädchen der Abiturklasse regelmäßig zu Schmerzmitteln greifen (Clio, S. 23). Hier wird deutlich, daß generell die Einstellung gegenüber Arzneimitteln zu unkritisch ist, andererseits aber auch sichtbar, daß viele Mädchen sich in irgendeiner Weise für „behandlungsbedürftig“ halten. Die Hintergründe dafür näher zu untersuchen, ist eine Aufgabe der Gesundheitswissenschaften, der sie sich inzwischen auch annehmen. Information, Stärkung der Urteilsfähigkeit, des Risikobewußtseins und der Entscheidungskompetenz müssen bereits im Kindesalter beginnen, in der Familie, in Kindergärten, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen. Leider muß auch hier konstatiert werden - wie generell im Gesundheitswesen -, daß gegenwärtig die Vorsorge im Schatten der Versorgung steht und es bislang an geeigneten Konzepten und Maßnahmen fehlt (Ziegler, 1992, S. 68).

Speziell auf Benzodiazepinabhängigkeit bezogen, sollten Präventionsmaßnahmen heute vornehmlich bei den „Hausärzten“ ansetzen. Es kann davon ausgegangen werden, daß alle Ärzte zumindest über die Kammern ausreichend über die Indikationen und Verschreibungsempfehlungen informiert worden sind. Vermieden werden müssen Neuaufgaben von Dauerverschreibungen. Dabei wäre z.B. besonderes Augenmerk auf den Umgang mit Patienten in Altenheimen und ähnlichen Einrichtungen zu richten, denn Dauerverschreibungen von Benzodiazepinen sind hier Ausdruck unzureichender sozialer Angebote seitens der Heime und vereinfachen nur die Fortführung dieses Zustandes.

Bei der Suche nach quantitativen Beschreibungen des Phänomens „Abhängigkeit von psychotropen Pharmaka“ sind wir leider nur auf ältere Untersuchungen gestoßen. Von den damaligen Zahlen kann jedoch nicht ohne weiteres auf den aktuellen Stand der Dinge geschlossen werden, denn in diesem Zeitraum wurden diverse Kontrollmaßnahmen (wie z.B. Verbot öffentlicher Medienwerbung, Beschränkung der Indikation etc.) eingeführt, die nicht ohne Wirkung blieben. Es ist außerdem anzunehmen, daß sich der Schwerpunkt des Problems der Medikamentenabhängigkeit in dem Maße weg von den Benzodiazepinen bewegen wird, in dem sich die Forschungsaktivitäten in der Pharmaindustrie weiterentwickeln. Es sind viele Erkenntnisse auf molekularbiologischer Ebene gesammelt worden, und beim Arzneimittel-design werden inzwischen andere Wege gegangen. Es geht heute nicht mehr darum, weitere Benzodiazepinvarianten auf den Markt zu bringen,

sondern es wird an spezifischer angreifenden Substanzen gearbeitet, die weniger Nebenwirkungen haben sollen. Ob es irgendwann gelingt, zentral angreifende Tranquilanzien oder Antidepressiva und ähnliche Pharmaka ohne Abhängigkeitspotential zu entwickeln, wird im-

mer erst die breitere Anwendung neuer Arzneimittel zeigen. Die Einführung der Benzodiazepin-Rezeptoragonisten und der spezifischen Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) scheint noch keinen Anlaß zu Hoffnung, sondern eher zu erhöhter Vigilanz gegenüber Neuentwicklungen zu geben.

¹DDD = engl. defined daily dose, berechnet als arithmetisches Mittel aus minimaler und maximaler Dosierungsempfehlung des Herstellers.

(Literatur und Originalfassung können angefordert werden bei

Dr. Barbara Greiner
Schweidnitzer Str. 14
33605 Bielefeld
Tel. 0521-204672,
e-mail:
barbara.greiner@uni-bielefeld.de)

Bernd Rehberg

QMS in der öffentlichen Apotheke

Anwesend: Monika Gerth, Christel Trischler, Dorothea Hofferberth, Bernd Rehberg

Aufgabe unseres Treffens ist die Frage, ob die „Selbstverpflichtungserklärung des VDPP“ durch ein Qualitätsmanagement besser umgesetzt werden kann.

Wir haben am Sonnabendnachmittag über Sinn und Unsinn von Qualitätsmanagementsystemen (QMS) in Apotheken diskutiert:

Wir unterscheiden strikt zwischen Zertifizierung und Qualitätsmanagement.

Wir können uns ein QMS auch ohne Zertifizierung vorstellen. Anstatt alle Arbeitsabläufe im QMS-Handbuch zu definieren, können nämlich erst einmal die besonders bedeutsamen und neuralgischen Arbeitsabläufe beschrieben werden. Später können diese dann leicht im Sinne einer ISO-Zertifizierung den ISO-Normen zugeordnet werden. Das spart Kosten und wir können gut vorbereitet die laufende Diskussion über das Prozedere der Zertifizierung unserer jeweiligen Kammer (es sei denn sie ha-

ben sich schon entschieden) abwarten.

Die Zertifizierung ist nämlich nur die unabhängige, außerhalb der Apotheken angesiedelten Überprüfung der erfolgreiche Einführung des Qualitätsmanagements in der Apotheke. Sie sagt nichts über das Ziel des QMS aus!

Grundlage des QMS ist das Leitbild der Apotheke. Jede Apotheke muß sich ein individuelles Leitbild erarbeiten. Es muß den Anforderungen der Berufsordnung für Apotheken entsprechen.

Es müssen Ziele, Aufgaben und Zukunftsvorstellungen der Arbeit der Apotheke als Maxime des Handelns und Auftretens formuliert werden.

In einem Handbuch müssen die einzelnen Schritte des QMS dokumentiert werden, also für jeden nachvollziehbar sein.

Es muß die Struktur der Apotheke, d.h. die vorhandene räumliche und sachliche Voraussetzung, sowie die Qualifikation der ApothekerInnen

und ihrer MitarbeiterInnen beschrieben werden.

Es muß die Prozeßqualität, d.h. Umfang der Arbeit, Angemessenheit der Arbeit und die Durchführungsanweisungen schriftlich festgelegt werden.

Am Ende steht die Erfolgskontrolle. Nach innen die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen und die eigene Zufriedenheit sowie die wirtschaftliche Rentabilität. Nach außen die Zufriedenheit der Kunden und Patienten. Dies beides muß über Befragungen festgestellt werden.

Das heißt:

- Was will ich erreichen?
- Was ist vorhanden?
- Wie erreiche ich das Ziel?
- Habe ich das Ziel erreicht?

Wenn nicht, was muß ich verändern!!

Wir glauben, daß QMS für uns als VDPP - Apotheker notwendig ist. Wir werden uns im Leitbild von den Vorstellungen des ABDA-QMS unterscheiden können.

Bei uns ist die Selbstverpflichtungserklärung Grundlage unseres Leitbilds, wobei uns klar ist, daß es Apotheken in Deutschland gibt, die einzelne Punkte unserer Selbstverpflichtungserklärung genauso oder sogar besser als wir in der Praxis umsetzen.

Am Sonntagvormittag haben wir dann die Selbstverpflichtungserklärung diskutiert, inwieweit sie Grundlage für unser Leitbild sein kann.

Die Präambel der Selbstverpflichtung im VDPP - Rundbriefe 30/1995 konnten wir noch gut übernehmen.

Aber dann:

Beim Durcharbeiten der Selbstverpflichtung haben wir festgestellt, daß diese in weiten Teilen überholt ist, z. B.:

§ 1 Auswahl von Arzneimitteln

1) Bei ärztlich verordneten Arzneimitteln

In den Fällen, in denen die Auswahl der ApothekerIn überlassen ist, wird das abzugebende Arzneimittel nach der folgenden Reihenfolge der Entscheidungskriterien ausgewählt:

- hohe pharmazeutische Qualität (z.B. Fertigungsqualität, Bioäquivalenz),

nur wenn leichtverständliche Daten, z.B. über die ABDA-Datenbank, zur Verfügung stehen, können wir diesem Anspruch gerecht werden

- günstiger Preis (Für die Krankenkassen)

wird vom Gesetzgeber gefordert. Und noch günstiger geht es nun wirklich nicht!

- sonstige Kriterien (wirtschaftliche Vorteile für die Apotheke u.a.)

Dazu wird eine zentrale Informationsstelle ("Qualitäts-Hotline") eingerichtet und mit den erforderlichen Mitteln (Hardware, Software, Datenbanken, Telekommunikation, Literatur, Geld u.a.) ausgestattet.

Eine Hotline mit diesen Ansprüchen wird sich der VDPP nicht leisten können

2) In der Selbstmedikation

Es wird eine „Positivliste für die Selbstmedikation“ erstellt, in die nur solche Arzneimittel aufgenommen

werden, die den folgenden Kriterien genügen:

Grundgedanke hierbei war das „Netzwerk“. Das ist mangels Interesse und gravierender Unklarheiten gestorben. Es wird keine Festlegung für die beteiligten Apotheken geben können. Jede Apotheke wird ihre eigenen Präparate auswählen!

- nach wissenschaftlichen Erkenntnissen sinnvolle Zusammensetzung

- hohe pharmazeutische Qualität

- keine irreführende Namensbezeichnung,

- keine irreführende Werbung oder Marketingstrategie

- keine frauenfeindliche Werbung oder Marketingstrategie

- angemessener Verkaufspreis

das liest sich toll. Nur wie soll das ernsthaft, wissenschaftlich in die Praxis umgesetzt werden - oder es ist eine Selbstverständlichkeit des verantwortungsbewußten Handelns, wenn man denn eine spezielle Information erhält. Der Aufwand steht heute in keinem Verhältnis mehr zum Ziel unsere täglichen Arbeit.

§ 3 Nebensortiment und Freiwahl

1) Hier geht es um Warengruppen, die neben Arzneimitteln, Verbandstoffen, Hilfsmitteln und Krankenpflegeartikeln in der Apotheke vorrätig gehalten werden dürfen. Außerdem werden die Produkte z.B. für Kosmetika oder Sonnenschutzmittel bevorzugt, die die Zusammensetzung auf der äußeren Verpackung deklariert haben.

Die Aufzählung halten wir für überflüssig und überholt. s. 3)

2) Die Artikel des Nebensortiments müssen folgende Qualitätsmerkmale

aufweisen:

(jetzt kommen die gleiche Spiegelstriche wie unter §1, 2 Absatz und damit unsere gleiche Kritik).

3) Höchstens 30% des PatientInnen und KundInnen frei zugänglichen Teiles der Apothekenbetriebsräume werden als Freiwahlfläche genutzt, wenn damit eine Fläche von höchstens 75 qm Regalbodenfläche nicht überschritten wird. Maßgeblich ist der jeweils kleinere Wert.

(Hier wird richtigerweise festgelegt, daß wir keinen Drugstore wollen, deshalb ist die Aufzählung der Warengruppen in § 3, 1 Absatz überflüssig. Zusätzlich werden die Warengruppen durch den Gesetzgeber eingeschränkt.)

Durch unsere Apothekenbesichtigungen konnten wir feststellen, daß ganz wesentliche Grundsätze der Selbstverpflichtung in der Praxis nicht umgesetzt werden. In unserer Diskussion in Hameln ist deutlich geworden, daß wir (die Anwesenden) unsere individuellen Entscheidungen nicht durch die bestehende Selbstverpflichtungserklärung einschränken lassen wollen. Z.B.: § 5,6 es gibt sehr gute Informationsmaterialien mit Firmenwerbung; §2,1 Monoschmerzmittel in der Sichtwahl.

Diese Selbstverpflichtungserklärung entspricht nicht mehr in wichtigen Teilen unseren heutigen Zielvorstellungen einer qualifizierten Arbeit gegenüber unseren Kunden und Patienten. Sie würde Kapazitäten binden, die wir für neue Dienstleistungen zum Überleben auf dem gewandelten Gesundheitsmarkt unbedingt brauchen!!!!

Wir müssen die Selbstverpflichtung als Rahmen unseres Handelns für die Erfahrungs-Gruppe neu definieren. Oder das Leitbild muß die Selbstverpflichtungserklärung ersetzen. Wir meinen, ein Grundkonsens unserer Arbeit muß vorhanden sein, sonst wird die Gruppe beliebig.

Zusammen hält uns zur Zeit nur unsere Geschichte. Wir brauchen junge kritische ApothekerInnen. Was müssen wir im VDPP ändern, um an diese ApothekerInnen heranzukommen, die es sicherlich gibt.

Was sagen zum Argument der Geschichte z.B. Susanne Kemna und

Markus Hausmann als jungen Kollegen, die diese Geschichte nicht unmittelbar miterlebt haben?!

Um 14.10 Uhr haben wir die Diskussion beendet und sind nach Hause aufgebrochen.



Kann sich eigentlich noch jemand daran erinnern, daß im Rundbrief 45 schon einmal ein Beratungsbogen (siehe rechts) abgedruckt worden ist? Und hat sich damals jemand die Mühe gemacht, diesen Bogen zu lesen? Unserer Bitte, sich einmal dazu zu äußern, ist damals leider niemand nachgekommen. Deshalb wollen wir nun einen zweiten Beratungsbogen abdrucken, um nocheinmal eine Meinungsäußerung von den Lesern zu provozieren, denn obwohl ich der Meinung bin, daß dieser Bogen gut gelungen ist (Verfasser: Markus Hausmann) kann das Gute immer noch besser werden. Zuschriften an die Redaktion.



Beratungsbogen Durchfall

von Markus Hausmann

Wichtige Fragen:

1. Alter des Patienten
2. Können AM die Ursache sein? z.B. magnesiumhaltige Antacida Antibiotika
3. Haben Sie eine Reise ins Ausland unternommen?
4. Sommerdiarrhoe, ausgelöst durch Colibakterien, welche Symptome treten gleichzeitig mit der Diarrhöe auf ? (Fieber, Erbrechen)
5. Was haben Sie kürzlich gegessen? Treten Durchfälle auch bei Personen in Ihrem Umkreis auf ?

Wichtige Hinweise für den Kunden: -

- immer zum Arzt: Säuglinge und Kleinkinder (Gefahr des Austrocknens), ältere Patienten über 60 Jahre, Blut im Stuhl, Fieber, Schmerzen, nach Fernreisen, bei Verdacht auf Medikamentmißbrauch

Therapiemöglichkeiten

Empfehlenswert:

a) Ausgleich des Elektrolythaushaltes, vordringlich sind Flüssigkeitsverluste mit optimal kombinierten Kalium/ Natrium /Chlorid/ Glukose Lösungen auszugleichen. Populäre Therapien mit Salzstangen, Coca-Cola, Zuckerlösungen sind weniger empfehlenswert. Hingegen ist leichter schwarzer Tee bei Patienten, die im allgemeinen als gesund gelten, empfehlenswert. Zu Beginn sollte nichts gegessen, sondern lediglich getrunken werden. Erst ab dem 2. Tag beginnt man mit leichter Schonkost (Zwieback, Reisbrei) .

z.B. Oralpädon (Kinder), Santalyt
Elotrans (Erwachsene)

b) Loperamid: nur symptomatische Wirkung, Einnahme nicht länger als 3 Tage, Dosierung: I X 2, dann immer 1 nach jedem ungeformten Stuhl
Nicht bei Säuglingen und Kleinkindern

c) Gerbstoffe: wirken antiseptisch, dichten die Schleimhautoberfläche ab (Tannalbin)

d) Saccharomyces-boulardii: Hemmt Dehydration, ergänzt und unterstützt die physiologische Darmflora, bindet Krankheitserreger und neutralisiert Toxine (Perenterol). Prophylaktisch auch bei Antibiotikatherapie bewährt. Dosierung: 3x tägl. 2 Kapseln. Für Kinder Kaps. öffnen oder Perenterol Pulverbriefchen

nicht empfehlenswert:

e) Kohle: Nur bei Vergiftung empfehlenswert, ansonsten zu hohe Dosierung notwendig
Absorbiert auch AM

Katja Lorenz

VDPP-Vorstandstreffen am 6.12.1998 in Kassel

Anwesende: Udo Ament, Jürgen Große, Thomas Hammer, Michael Höckel, Katja Lorenz, Ildiko Szasz (für TOP 14), Isabella Sulger

Ort: Parkstr.47, 34119 Kassel, bei Ildiko Szasz und Michael Höckel

Vorläufige Tagesordnung:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens
4. Beschlusskontrolle
5. Bericht aus der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht
7. Berichte aus den Regionen
8. Programmfortschreibung
9. Mitgliederversammlung 1999
10. Anhörung zum GKV-SolG
11. Netzwerk
12. Rundbrief
13. Öffentlichkeitsarbeit
14. Verschiedenes

Beginn: 10.00 Uhr

TOP 1

Zum Versammlungsleiter wird Thomas Hammer, zur Protokollführerin Katja Lorenz gewählt.

TOP 2

Bei TOP 10 wird „Anhörung zum“ gestrichen. Eingefügt werden: neu TOP 11 Auswertung des Herbstseminars, Top 12 Diskussion des Fragebogens der Berliner Regionalgruppe, TOP 13 Auswertung des Apothekertages, TOP 14 Ausstellung zur Geschichte des Frauenpharmaziestudiums, alt TOP 11 Netzwerk ist neu TOP 15, TOP 16 neu Rundbrief, Öffentlichkeitsarbeit, Mitgliederwerbung, TOP 17 Verschiedenes

TOP 5 (vorgezogen, weil J. Große noch nicht da ist)

Es gab einen Austritt, ohne Begründung. Die Berliner Regionalgruppe versucht, dem nachzugehen. Wir haben 500,- DM für die Hurrikanopfer in Nicaragua gespendet. Dies erfolgte als zweckgebundene Spende für Medico international.

Wir beteiligten uns an einer Briefkampagne von der Initiative »Kein Patent auf Leben« an das Europäische Patentamt, die eben gegen diese Patentierung gerichtet ist. Ebenso beteiligten wir uns an einer Unterschriftenaktion gegen Novartis, gegen deren Maissorte, die ein Antibiotika-Resistenzgen trägt. Inszeniert von Greenpeace, an uns vermittelt durch den VDÄÄ. Auf den Leserbrief von Udo Ament in der PZ 42 gab es 3 Reaktionen mit Interesse an der VDPP-Arbeit. Udo schickte erstes Material. Der Rundbrief soll folgen. Herr Litsch vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen sucht bundesweit Pharmazeuten für die pharmakologische Beratung von Ärzten. Bei Interesse bitte unter folgender Adresse melden: AOK BV Abt. WidO; Kortrijker Str. 1; 53125 Bonn. Das Gen-ethische Netzwerk hat informiert, dass bei Protesten gegen Freilandversuche aufgenommene Personalien (wohl auch von Spaziergängern) von der Polizei an die Firmen weitergegeben werden (bei AGreVo passiert) !

Top 3 (letztes Protokoll)

Das Protokoll wird mit geringfügigen Änderungen genehmigt.

TOP 4 (Beschlusskontrolle)

Die Beschlüsse wurden weitgehend umgesetzt. Jürgen Großes Beitrag für den nächsten Pharmazeutenkalender (Vorstellung des VDPP) ist fast fertig. Der Kontakt zur BVA wurde durch Michael Höckel weiter gehalten. Ebenso hat er Kontakt zu Reinhild Berger (DAZ u.a.) aufgenommen und konnte die Auseinandersetzung um den nichtgenehmigten Artikelabdruck beilegen.

Udo Ament und Michael Höckel bemühten sich - bisher ohne Erfolg - um einen Festredner zur nächsten MV. Katja Lorenz hat ein weiteres Angebot für die Herstellung der Tafeln der Frauenausstellung eingeholt und auch einen Brief an Norbert Dürr geschrieben. Sie muss sich noch nach dem anderen VDPP (Psychologen) erkundigen.

TOP 6 (Kassenbericht)

Udo Ament legt den aktuellen Kassenbericht vor. In Zukunft wird er ihn vor der Vorstandssitzung verschicken, damit sich alle einlesen können.

TOP 7 (Regionalberichte)

In Hamburg trifft man sich weiterhin 14-tägig und organisiert jetzt die MV.

In Berlin ging es um die Organisation des Frauenseminars (8.5.99 ! !) und weiterer Festivitäten 1999. Außerdem wurde das Herbstseminar ausführlich ausgewertet.

TOP 8 (Programmfortschreibung)

Katja Lorenz berichtet vom Stand der Dinge. Dazu gehört, dass trotz Terminsetzung, -verschiebung und nochmaligem Anschreiben bzw. -telefonieren, noch immer Beiträge fehlen. Sie sieht das Problem darin, dass wir uns selbst in unserer Arbeit nicht ernst nehmen. Es ergeht an alle nochmals persönlich die Anfrage, ob die Zusarbeiten noch zu erwarten sind. Im Januar soll gemeinsam mit Regina Schumann eine erste Grobfassung erstellt und diese im Februar zum nächsten Vorstandstreffen vorgelegt werden. Dabei soll der all-

gemeinpolitische Teil gegenüber dem pharmazeutisch-gesundheitspolitischen Teil deutlich schwächer gewichtet werden. Darüber hinaus stellte sie einen Teilentwurf für das Leporello für die Mitgliederwerbung vor. Auch dieser fand mit einigen Ergänzungen die Zustimmung des Vorstandes.

TOP 9 (Mitgliederversammlung)

Als Veranstaltungsort hat die Regionalgruppe mehrere Möglichkeiten sondiert und dem Vorstand vorgeschlagen. Dieser entschied sich für das Evangelische Zentrum Rissen. Die Regionalgruppe (Thomas Hammer) wird weiteres abklären. Ein großes Problem ist der Festvortrag. Ideen der letzten Vorstandssitzung haben sich als nicht organisierbar erwiesen. Neue Vorschläge: @Katja Lorenz bemüht sich um Gesundheitsministerin Fischer, Michael Höckel um den sozialpolitischen Sprecher der SPD-Fraktion, Dreßler. Dies muss noch in diesem Jahr passieren. Ausweichidee: Frau Skwora, verantwortlich für Reformprojekte im Gesundheitswesen bei Glaxo-Wellcome.

TOP 10 (GKV-SolG)

Jürgen Große berichtet von der Anhörung im Bundestag. Die von ihm erarbeitete Stellungnahme erscheint auch im RB. Der Vorstand beschließt, die Vorbereitung der Gesundheitsreform 2000 zum ständigen TOP zu machen. Grundlage sind u.a. die Begründung zum Vorschaltgesetz und die Koalitionsvereinbarungen. Udo Ament vergleicht mit Hilfe eines Papiers der LAK Baden-Württemberg Gesetzesvorlage und Änderungen nach der Anhörung (und ähnlichen Beratungen).

Top 11 (Herbstseminar)

Die Versendung der Einladungen an alle Hamburger Apotheken hatte keinen Erfolg. »dafür« aber beachtliche Kosten gehabt. Beschluss: Derartige Aktionen werden nur noch dann durchgeführt, wenn sie rechtzeitig und für diesen Zweck extra aufbereitet erfolgen (z.B. Extraanschreiben mit Nennung von Kontaktophelen vor Ort). Kritisiert wurde außerdem, dass die Bezahlung der Referenten unklar ist (Isabella Sulger wird das abklären). Neben weiteren kleineren Anmerkungen, wird das Seminar als gelungen eingeschätzt.

TOP 12 (Fragebogenaktion der Berliner Regionalgruppe)

Wird zum zweiten Mal und abschließend diskutiert. Da es noch immer grundsätzliche Probleme mit dem Tenor des Fragebogens (Überbewertung der Risiken der Hormontherapie gegen nicht ausreichend erwiesene Wirkungen der pflanzlichen Therapie usw.) gibt, wird der Vorschlag gemacht, dass nur die Berliner Regionalgruppe als Herausgeber fungiert. Mehrheitlich wird der Beschluss angenommen, dass der Druck des Papiers nur in diesem Fall mit bis zu 2000,- DM unterstützt wird.

TOP 13 (Apothekertag)

Michael Höckel wertet aus, berichtet über die Entstehung einzelner Beschlüsse. Ein eigener VDPP-Treff kam nicht zustande, da sich die Delegierten nicht gemeldet hatten (verschenkte Möglichkeiten!). Der Kontakt zum Forum Leipzig funktionierte um so besser. Nochmals der Hinweis darauf, dass der Verein seine Arbeit auf den Apothekertag ausricht-

ten muss. Gerade jetzt, mit dem Kontakt zum Forum, bestehen gute Chancen, sich wirkungsvoll einzumischen!

TOP 14 (Frauenausstellung)

Zur letzten Vorstandssitzung gab es eine Falschinformation. Richtig ist, dass der Brief an die ABDA erst im Oktober abgeschickt wurde. Bisher gibt es von dort keine Antwort auf die Anfrage, ob die Ausstellung im Rahmen des Apothekertages gezeigt werden wird. Ildiko Szasz berichtet über den Stand der Materialsammlung für die Tafeln. Nächster Treff ist am 10.1.99. Bis dahin sollen die Texte als Tischvorlagen fertig sein.

TOP 15 (Netzwerk)

Udo Ament schlägt vor, diesen TOP als ständigen TOP der Sitzungen zu streichen. Nach kurzer Diskussion, in der Teilnehmer der ERFA-Gruppe einschätzen, dass das Netzwerk momentan nicht belebbar ist, und die ERFA-Gruppe keine gesundheitspolitische Relevanz mehr für den VDPP hat, wird der Vorschlag zum Beschluss.

TOP 16 (RB / Öffentlichkeitsarbeit / Mitgliederwerbung)

Udo Ament thematisiert nochmals die Auseinandersetzungen zu seinem RAF-Artikel. Zur MV muss diskutiert werden, in wie weit die Mitglieder inhaltliche Vorgaben, vielleicht durch ein Redaktionskollegium, für notwendig oder abwegig erachten. Der Vorstand wird dazu einen Antrag formulieren. Michael Höckel schlägt vor, das Layout von einem Grafiker überarbeiten zu lassen. Programm und Leporello sollten im gleichen Stil erscheinen. Es gibt eine Diskussion über die dann höheren Kosten und den Beschluss, den Grafiker zur nächsten Vorstandssitzung einzuladen, damit er sein Konzept vorstellen kann. Isabella Sulger bringt den Antrag ein, bei Veröffentlichungen im Dokumentationsteil des RB zukünftig in jedem Fall die Zustimmung der „Quelle“ einzuholen. Dem wird knapp zugestimmt. Michael Höckel hat auf das Anschreiben der Kontaktpersonen in den Regionen (s. Rückseite des RB)

nur 2 Antworten erhalten. Er wird nochmals versuchen, den Kontakt aufzubauen. Gleichzeitig schlägt er vor, dies zum Thema auf der MV zu machen und eventuell andere Verantwortliche zu finden. Dem Thema Mitgliederwerbung widmet sich insbesondere die nächste - dafür extra zweitägige Vorstandssitzung.

TOP 17 (Verschiedenes)

Der VDÄÄ bietet uns den Vorzugskauf eines von ihnen herausgegebenen Buches zu H. U. Deppes Geburtstag „Gesundheit und Demokratie“ an. Bei entsprechender Abnahme, kann sich der VDPP kostenlos auf einer Seite vorstellen. Diese Stückzahl erscheint dem Vorstand zu hoch. Es werden 10 Stück geordert, verbunden mit der Anfrage, ob eine Vorstellung trotzdem möglich sei. Die nächste Vorstandssitzung findet am 13./14.2.99, ab 16.00 Uhr wiederum in Kassel statt. (Ausweichtermin ist der 7.2.99)

Ende gegen 16.00 Uhr

KONSUMENTENSTÄRKUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Ein großer Schritt zu mehr Demokratie und Effizienz

Christine von Reibnitz, Dieter Litz, Bielefeld/Hünfeld Konsumentensouveränität und -partizipation werden im Gesundheitswesen nur unzureichend berücksichtigt. Konsumentenpartizipation kann aber zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen beitragen. Für das Gesundheitssystem bedeutet eine Partizipation des Bürgers Demokratisierung und Marktorientierung. In diesem Beitrag wird untersucht, ob die Partizipation der Konsumenten die Probleme im Gesundheitswesen lösen helfen kann und wie sich Apotheken auf diesen Trend einstellen können.

Wird ein Patient als Konsument medizinischer Leistungen definiert, so impliziert dies, daß er als autonomer Konsument frei seine Auswahl aus dem Gesundheitsangebot trifft. Die Marktstellung des Konsumenten im Gesundheitswesen ist aber im Vergleich zu anderen Dienstleistungssektoren wenig ausgeprägt. Dies zeigt sich in einem Informations- und Kompetenzdefizit. Auch für die Pharmazie trifft dies zu. In der Apotheke kann aber praktische Konsumentenstärkung stattfinden. Dies gilt vor allem für die Selbstmedikation und Pharmaceutical Care. Gleichzeitig kann – eine Rollenveränderung des Apothekers/der Apothekerin vorausgesetzt – Konsumentenstärkung zur Existenz der Institution Apotheke im zukünftigen Gesundheitssystem beitragen.

Die aktuellen gesundheitspolitischen Reformbestrebungen lassen zwei Trends vermuten: einerseits erhalten ökonomische Aspekte stärkeres Gewicht. Daraus folgt die effiziente Gestaltung und Zuteilung der notwendigen finanziellen Ressourcen. Andererseits wird die Eigenverantwortung und Mündigkeit des Bürgers gestärkt. Der Patient spielt eine aktivere und größere Rolle.

Dies hat auch Auswirkungen auf die Pharmazie. Insbesondere in der Selbstmedikation tritt dieser Trend zur stärkeren Eigenverantwortung offen zutage. Der Selbstmedikationsmarkt ist ein Wachstumsmarkt, an dem viele Wettbewerber teilhaben möchten. Apotheken müssen in diesem Marktsegment mehr denn je um ihre Kunden kämpfen. Dabei können Pharmaceutical Care und ein größeres Selbstmedikationsangebot den Konsumenten für die Apotheke gewinnen.

Heutige Patienten – zukünftige Konsumenten

Als Verbraucher im Gesundheitswesen wird hauptsächlich der Patient angesehen, der vor allem zwei Eigen-

schaften besitzt: Er ist krank und ihm muß geholfen werden.

Dadurch wird einerseits eine Trennung innerhalb der Versicherten in kranke und gesunde Personen vollzogen, andererseits ergibt sich daraus auch eine Trennung in Therapie und Prävention.

Insbesondere bei Therapieentscheidungen verhält sich der Patient meist passiv. Folglich entzieht sich der Patient mehr oder weniger bewußt seiner Verantwortung, die er in der Therapie übernehmen sollte. Patientenstärkung bedeutet daher, daß der kranke Versicherte aktiv an der Entscheidung und Durchführung der Behandlung mitwirkt und so Mitverantwortung erhält und trägt.

Ein Konsument im Gesundheitswesen läßt sich dagegen folgendermaßen beschreiben: Dem Konsumenten werden verschiedene Alternativen von Gesundheitsleistungen angeboten, zu denen er jeweils Informationen über Nutzen und Risiken erhält. Der Entscheidungs- und Auswahlprozeß wird durch die Prioritäten und individuellen Werte des Konsumenten gesteuert. Die Entscheidungsmitgestaltung ist dabei nicht auf Diagnose und Therapie beschränkt, sondern beinhaltet auch Wahlmöglichkeiten über Versicherungen oder Auswahl von Anbietern von Gesundheitsleistungen. Dies beschreibt zunächst die Rechte des Konsumenten, für deren Wahrnehmung er selber aktiv werden muß. Weiterhin bedeutet Entscheiden auch Verantwortung übernehmen, so daß nun die Verantwortung zwischen Health Professionals und Konsumenten aufzuteilen ist.

So subsumiert der Begriff des Konsumenten Patienten, Versicherte, Beitragszahler und Leistungsempfänger und hebt die Trennung zwischen kranken und gesunden Personen auf. Gesundheit ist ein subjektives Konzept. Gesundheit und die sich daraus entwickelnden Bedürfnisse stellen kei-

ne objektiv definierbaren oder feststehenden, sondern subjektive Konzepte dar (1). Das bedeutet, daß Gesundheit und Bedürfnisse sowohl zeitlich, räumlich und den Lebensumständen entsprechend variieren, aber auch zwischen einzelnen Personen unterschiedlich sein können.

Die Abschätzung von Gesundheitsbedürfnissen ist nicht alleine ein objektiver Prozeß, sondern abhängig von Wertschätzungen und stellt einen komplexen Entscheidungsfindungsprozeß dar. Die Auswahl von Leistungen stellt einen Entscheidungsprozeß dar, der sich an einem subjektiven Konzept orientiert. Daraus ergibt sich die Forderung nach Konsumentenpartizipation. Diese aktive Beteiligung des Bürgers an Entscheidungsprozessen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens, muß ein konstituierender Bestandteil des Gesundheitswesens werden.

Konsumentensouveränität

Eng mit dem Begriff der Konsumentenstärkung ist die Konsumentensouveränität verbunden.

Die Idee der Konsumentensouveränität, ein Grundgedanke der Marktwirtschaft, besagt, daß die Konsumenten durch ihre Nachfrage die Produktion steuern. Damit ist das Individuum letzte Instanz für die Bewertung von Situationen und die Frage, ob ihm eine Maßnahme nützt oder schadet. Konsumentensouveränität basiert als Idealvorstellung auf den gleichen Voraussetzungen wie das Ideal der parlamentarischen Regierung. »Electors' sovereignty under democratic institutions are complementary. The individuals' autonomy is expressed within the limits imposed by both. They cannot be considered apart« (2).

Im Gesundheitswesen ist – folgt man den marktwirtschaftlichen Grundsätzen – die Konsumentensouveränität stark eingeschränkt. Patientenrechte und Eigenverantwortung finden sich zwar in der Gesetzgebung (§ 1 Absatz 2 SGB V), werden aber nur unzureichend umgesetzt. Wenn die Gesundheitspolitik einerseits Eigenverantwortung der Bürger verlangt, muß sie auch geeignete Voraussetzungen zur Informationsvermittlung schaffen.

Konsumentenpartizipation könnte also zur Lösung der Kernprobleme unseres Gesundheitswesens beitragen, weil sie einen demokratischen und einen ökonomischen Aspekt beinhaltet. Beide hängen eng mit Demokratiemangel und Ineffizienz zusammen.

Die Bürgerschaft wird als ein aktiver rechtlicher und politischer Status

der Zugehörigkeit zu und der Beteiligung an der Entwicklung des politischen Kurses eines Staates angesehen (3) und ist für die innere Identität des Individuums in diesem Staat wichtig. Da der Begriff der Gesundheit heute nicht mehr von anderen Politikfeldern loszulösen ist, muß dies auch für das Gesundheitswesen gelten. Die Notwendigkeit der Entwicklung von verfahrensmäßigen Rechten (procedural rights) wird von Experten aus vielen europäischen Ländern geteilt. Dabei wird vor allem das Recht der Bürger auf Zugang zum Gesundheitssystem, das Recht der Beteiligung an der Bestimmung dessen, woraus das Gesundheitssystem besteht, sowie das Recht auf faire Verfahren und Entscheidungsprozesse betont (4).

Patientenrechte können als ein integraler Bestandteil eines Gesundheitssystems angesehen werden. Ein Gesundheitssystem, das die Rechte des Patienten, zu denen insbesondere die Partizipation zählt, nicht respektiert, stellt kein Gesundheitssystem im demokratischen Sinne dar (5). Patientenpartizipation ist demzufolge ein konstituierendes Merkmal der Demokratisierung des Gesundheitssystems.

Ökonomischer Aspekt

Eine effiziente Gestaltung und Zuteilung von Ressourcen ist ein zentrales Thema im Gesundheitswesen. Effizienz ist dabei die Verwirklichung eines bestimmten Ziels mit geringstmöglichem Aufwand (Minimierungsprinzip) oder die Erreichung eines bestmöglichen Ergebnisses mit den vorhandenen Mitteln (Maximierungsprinzip). Als Variablen ergeben sich zum einen der Mitteleinsatz, zum anderen das erwünschte Ziel beziehungsweise der erwünschte Nutzen.

Das Besondere am Produkt Gesundheit ist, daß es nicht von einem Produzenten alleine, nämlich die Health Professionals oder Experten, hergestellt wird, sondern daß der Patient eine wichtige Rolle spielt.

Nun können sowohl auf der gesamtgesellschaftlichen als auch auf der Individualebene die Vorstellungen über einzusetzende Mittel und anzustrebende Ziele zwischen den Health Professionals und Experten sowie den Patienten erheblich divergieren. Ohne die Einbeziehung der Patienten sorgen fremdbestimmte Ziele und Maßnahmen zur Inakzeptanz der Interventionen und damit zur Ressourcenfehlsteuerung. Der Patient muß zum Koproduzenten der Entscheidungen und Interventionen werden.

Ebenso ist die Beteiligung des Bürgers für die Qualitätssicherung sinnvoll. Überhaupt ist die Partizipation des Konsumenten ein wesentlicher Bestandteil zur Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität einer Intervention (6).

Konsumentenstärkung in der Pharmazie

Konsumentenstärkung kann und muß auch in der Pharmazie erfolgen. Dies hat die Pharmaindustrie und ein Teil der Apothekerschaft erkannt.

Aufgrund des Arzneimittelbudgets haben die Ärzte ihre Verordnungen in den letzten Jahren wesentlich eingeschränkt, was viele Patienten zur Selbstmedikation gebracht hat.

In der Selbstmedikation engagieren sich viele als Arzneimittelanbieter. Drogeriemärkte wie Schlecker, Discounter wie Aldi, Warenhäuser wie Karstadt und Tankstellen wie BP greifen in das Geschäft mit freiverkäuflichen Arzneimitteln und Gesundheitsartikeln ein. Das bedeutet sowohl für die Apotheken als auch für die Pharmaindustrie, daß Umsatz- und Marktverluste drohen. Um dieser Gefahr entgegen zu treten, entwickeln die Marktführer neue Strategien, in denen der Konsument einen wichtigeren Platz als bisher einnimmt.

Dabei wendet sich die Pharmaindustrie vermehrt dem Endverbraucher zu und konzentriert sich nicht mehr ausschließlich auf die Ärzte und Apotheker. Dies spiegeln Namen wie Novartis Consumer Health oder Warner-Lambert Consumer Healthcare wider. Bei ihren Produkten setzen sie vermehrt auf Produkte zur Erhaltung der Gesundheit und des aktiven Lebensstils (Gesundheitsartikel).

Auch in den Apotheken werden Patienten immer mehr zum Konsumenten. Durch Verordnungsrückgänge, Preisabsenkungen für Arzneimittel und Festbeträge finanziell gebeutelt und gleichzeitig durch Diskussionen über alternative Vertriebswege um ihre Existenz ernsthaft besorgt, haben einige Apotheker erkannt, daß sie sich mehr um den Konsumenten kümmern müssen, daß heißt: erweiterter Service, verstärkte Imagewerbung (Tag der Apotheke, ABDA-Imagekampagne), Sortimentserweiterung und Pharmaceutical Care.

Viele Apotheken vergrößern ihr Freiwahlangebot. Die räumliche Ausweitung der Freiwahl bedeutet, daß der Konsument beim Kauf selbst entscheiden kann. Die inhaltliche Erweiterung des Freiwahlangebots führt zu einer Imageveränderung der Instituti-

on Apotheke. Nicht mehr nur die Krankheit der Patienten, sondern auch die Gesundheit der Konsumenten steht im Mittelpunkt der pharmazeutischen Dienstleistungen.

Auch Pharmaceutical Care ist Konsumentenstärkung in der Apotheke. Dabei wird die pharmazeutische Betreuung als Dienstleistung des Apothekers verstanden, die zu einer Verbesserung der Therapie in Zusammenarbeit mit Arzt und Patient führen soll. Der Apotheker ist hier Coach des Patienten. Für eine derartige individuelle medikationsbegleitende Dienstleistung des Apothekers ist die persönliche Kommunikation unerlässlich.

Allerdings erfordern sowohl die Sortimentserweiterung als auch Pharmaceutical Care eine Rollenveränderung des Apothekers. Um beide Bereiche glaubhaft anbieten zu können, muß der Apotheker als Health Professional Entscheidungsverantwortung an den Konsumenten und Patienten abgeben.

Schlußfolgerung

So kann unter verschiedenen ökonomischen Aspekten die Konsumentenstärkung zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen beitragen. Voraussetzung dafür ist aber zunächst eine Demokratisierung des Gesundheitssystems. Dieser Demokratisierungsprozeß, bei dem die Konsumentenpartizipation einen wesentlichen Teil darstellt, sollte in einem demokratischen Staat allerdings nicht nur aus der Hoffnung auf höhere Effizienz im ökonomischen Sinne angestrebt werden, sondern sollte ein Reformprozeß sein, der von den Bürgern als Teil des Staates unterstützt oder zumindest öffentlich diskutiert wird.

Max Frisch hat sich in folgendem Zitat zur Demokratie geäußert: »Demokratie heißt, daß sich Leute in ihre eigenen Angelegenheiten einmischen.« Damit sich die Bürger auch in ihre Gesundheit einmischen können, ist die Möglichkeit und die Befähigung zur eigenen Entscheidung notwendig. Dazu sollten auch die Apotheker als Bürger eines demokratischen Staates ihren Beitrag leisten.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:
Dr. Christine von Reibnitz, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld

Dieter Litz, Danziger Straße 8, 36088 Hünfeld

Stellungnahme des VDPP-Vorstands

Demokratisierung des Gesundheitswesens

Zum Artikel »Ein großer Schritt zu Effizienz« in Pharm. Ztg. 144 (1999) 545

Erstens: Der einzelne kann, wird und muß mehr Verantwortung im Gesundheitswesen übernehmen. Zweitens: Die aktive Beteiligung des Bürgers an Entscheidungsprozessen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens (Patientenrechte, Demokratisierung) muß ein konstituierender Bestandteil des Gesundheitswesens werden. Drittens: Konsumentenstärkung kann zur Existenzsicherung der Institution Apotheke im zukünftigen Gesundheitswesen beitragen.

Das sind die drei Kernaussagen des oben genannten Beitrags. Wir begrüßen es ausdrücklich, daß er im offiziellen Organ der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) seinen Platz fand, zeigt er doch, daß Standesvertretung und Redaktion glauben, der Leserschaft inzwischen zumuten zu können, folgende Sätze zu lesen:

»Patientenstärkung bedeutet daher, daß der kranke Versicherte aktiv an der Entscheidung und Durchführung der Behandlung mitwirkt und so Mitverantwortung erhält und trägt.« »Diese aktive Beteiligung des Bürgers an Entscheidungsprozessen auf allen Ebene des Gesundheitswesens, muß ein konstituierender Bestandteil des Gesundheitswesens werden.« »Wenn die Gesundheitspolitik einerseits Eigenverantwortung der Bürger verlangt, muß sie auch geeignete Voraussetzungen zur Informationsvermittlung schaffen.« »Patientenpartizipation ist demzufolge ein konstitu-

ierendes Merkmal der Demokratisierung des Gesundheitswesens.«

Trotz der positiven Ansätze für eine Demokratisierung des Gesundheitswesens schlägt der Beitrag eine in unseren Augen falsche Richtung ein:

○ Der einzelne kranke Patient hat ein Recht, Patient – also Leidender – zu sein. Von ihm zu verlangen, er könnte immer und zu jeder Zeit voll und ganz Mitverantwortung für seine Gesundheit übernehmen, geht an der Realität vorbei. Richtig ist, daß es durchaus viele Situationen gibt, in denen Patienten Mitverantwortung übernehmen können. Überzeugte Patienten können in diesen Fällen bessere Erfolge im Gesundungsprozeß erzielen als inaktive, nicht überzeugte und damit sich verweigende Patienten. Aber es ist falsch, pauschal Mitverantwortung von allen Patienten einzufordern.

○ Markt total führt nicht zwangsläufig zur Demokratisierung im Gesundheitswesen. Richtig ist, daß immer mehr Menschen zum Zweck der Selbstmedikation den Weg in andere Vertriebskanäle außerhalb von Apotheken finden. Hier entstehen neue Märkte mit neuen Machtzentren (1), die ihren Einfluß auf die Gesundheitspolitik ausüben werden. Eine entsprechend organisierte Konsumentenmacht steht allerdings nicht zur Verfügung. Mehr Markt und damit einhergehend größere Liberalisierung bedeuten daher mehr Individualisierung von Leid und Instrumentalisierung von individuellen Bedürfnissen. Die pharmazeutische Industrie macht es vor, wie man geschickt Selbsthilfegruppen

sponsert (2), um sie dann für eigene Zwecke zu instrumentalisieren (3). Gerade im Gesundheitswesen muß daher eine unabhängige Nachfragemacht entstehen, will man tatsächlich Demokratisierung erreichen.

○ Die »räumliche Ausweitung der Freiwahl«, die die Autoren als Rezept für die Apotheken vorschlagen, wird die Kunden nicht zurück in die Apotheken holen – jedenfalls nicht unter den Bedingungen der heutigen Standesordnungen, Privilegien und Mehr- und Fremdbesitzverbote. Unter diesen Beschränkungen läßt sich der Konkurrenzkampf mit anderen Vertriebskanälen nicht gewinnen. Sinnvoller wäre es sicherlich, alle Arzneimittel wieder in die Apotheken zu holen, wenn – ja wenn es den Apotheken nur überzeugend gelingen würde darzustellen, warum dies notwendig ist. Doch geben wir uns keiner Illusion hin: die Rückführung von Arzneimitteln in die Apotheken als gesundheitspolitisch notwendige verbraucherschützende Maßnahme ist derzeit nicht durchsetzbar. Auch hier zeigt sich: Es fehlt die organisierte, einflußreiche Interessenvertretung der Konsumenten, die in diesem Fall als möglicher Bündnispartner der Apotheken für verbraucherschützende Maßnahmen eintreten könnte. Es fehlt eine Gegenmacht, die als glaubwürdiges Sprachrohr der Nachfrageseite Konsumentenströme lenken könnte.

Bleibt als Fazit: Die Forderung nach Demokratisierung des Gesundheitswesens findet unsere volle Unterstützung. Gleiches gilt für mehr Transparenz und unabhängige Informationsangebote im Gesundheitswesen. Die Überforderung des einzelnen als Marktteilnehmer und damit als Verantwortlicher für seine Gesundheit lehnen wir jedoch in der pauschalen Darstellung der Autoren ab. Statt dessen fordern wir die Stärkung der Interessenvertretung von Patienten, Versicherten und Konsumenten als ein notwendiges Korrektiv für einen anbieterdominierten Markt. Dies ist eine öffentliche Aufgabe und darf nicht den Anbietern überlassen werden. Erst so kann

der im Gesundheitswesen notwendige Verbraucherschutz unter den Bedingungen der Marktwirtschaft wirksam umgesetzt werden. Erst so kann die Apotheke als Einrichtung des Gesundheitswesens gestärkt werden. Markt total werden die Apotheken in ihrer heutigen Form nicht überleben.

Literatur

- 1) vgl. DAZ 4/99, Seiten 22-24
- 2) Becker, Dietrich E. (1997): Wenn die Pharmaindustrie Selbsthilfegruppen unterstützt – Risiken und Nebenwirkungen? In: Kranich, Christoph, Böcken, Jan (Hrsg.): Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Anregungen und Ideen für Deutschland. Baden-Baden. Nomos, Seiten 163-178.
- 3) Postina, Thomas: Patienten einbinden! In: Medikament und Meinung, 1998 (22) Heft 7, Seite 2.

Jürgen Große für den Vorstand des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V. (VDPP), Grindelallee 182, 20144 Hamburg

Fortsetzung v. S. 24

- die Anthropologie und Kosmologie, verbunden mit der Frage nach dem höchsten Gut, beispielsweise dem gesunden Leben,
- die ökonomischen und kaufmännischen Strukturen, verbunden mit der Frage nach Existenzsicherung und Belohnung für gute Arbeit,
- das Personalmanagement, die Personalführung, die Organisationsentwicklung, verbunden mit der Frage nach der Optimierung der Abläufe, der Personalauswahl und der motivierenden und gerechten Führung – nicht zu vergessen, die individuelle Moral und innere Befindlichkeit, die die in der Apotheke Tätigen mitbringen,
- die staatlichen Auflagen und die standespolitischen Vereinbarungen, verbunden mit der Frage nach aufgetragten Widersprüchen und zielführenden Wertvorgaben,
- die gesellschaftlichen Bedingungen (Trends, Strömungen, öffentliche Meinung, Kundenverhalten) und Ansprüche, verbunden mit der Frage nach markt- und gesundheitspolitisch angemessener Anpassung,
- die Patienten- und Kundenorientierung, verbunden mit der Frage nach steter Optimierung des Services.

In Kenntnis dieser Quellen und der verschiedenen Ebenen ist es möglich, miteinander in einen öffentlichen und offensiven Such- und Beratungsprozeß einzutreten. Das macht heute Eindruck! Keine Absprachen hinter verschlossener Tür! Am Ende steht dann nicht nur eine ethische Grundsatzklärung, die vielleicht im Fenster hängt, sondern ein enormer Kompetenz-, Kenntnis- und Präsentationsgewinn. Dabei sind Standpunkte nicht gegeneinander auszuspielen.

Die jetzt gültige Erklärung ist demgegenüber fast Schaumschlägerei, erweckt sie doch den Eindruck, das Apothekenwesen habe mit Marktgeschehen, Wettbewerb und Gewinnstreben nichts oder erst außerhalb des Ethos zu tun. So wird persönliche und berufsständische Spaltung vorangetrieben, so daß die kaufmännische Seite des Apothekers nicht wissen darf und kann, was die sozialetische Seite beratend tut. Nein! Die Reflexion auf die Markt-, Wettbewerbs- und Gewinnbedingungen gehören in die ethische Reflexion hinein, damit aus dem Ethos kein ideologischer Überbau wird, der auf geduldigem Papier steht und ansonsten wenig wirksam ist.

Beim Suchprozeß nach dem Apotheker-Ethos ist unter diesen Gesichtspunkten der Weg entscheidend, nicht unbedingt das Ziel. Das Vortragen von unterschiedlichen Standpunkten, die Klärung von Widersprüchen, die Kommunikation untereinander und mit Außenstehenden und die Formulierung neuer Perspektiven schaffen nicht nur ein inhaltliches Ethos, sondern auch eine ethische Kompetenz, die seit der Antike immer auch eine öffentliche Kompetenz ist, um für die eigene Überzeugung zu gewinnen. Das wirkt sich bis in die Kundenorientierung und den Umgang mit den Kunden aus, das kann und darf sogar verkaufssteigernd, weil vertrauensbildend wirken. Dabei müssen Inhalts- und Beziehungsaspekt, die aufklärende und klärende Dimension ebenso wie die Ansprache der anderen, gut ineinander greifen.

Was könnte geschehen? Die »ethischen Grundsätze für Apothekerinnen und Apotheker« könnten Anlaß sein, das dort Verkündete in den grauen Alltag der Apotheke und in die realistischen Verhältnisse runterzuberechnen, durchzudeklinieren und dadurch zu einem eigenen, weiter tragenden Leitbild zu kommen. Doch dazu braucht es das deutlich artikuliert Interesse einer gewichtigen Schar von Apothekerinnen und Apothekern. Der Verband kann Raum geben und Abläufe anregen und gestalten, so daß ein gemeinsamer Konsultationsprozeß von unten nach oben stattfindet.

Auf Standesebene ebenso wie in den Apothekenteams könnten zunächst nüchterne und hilfreiche Leitbilder – von unten nach oben – probeweise erarbeitet werden, bei der die Ethik keine Sonderwelt, sondern eine orientierende Achse der Vision vom Apotheker, von der Apothekerin, der Apotheke des nächsten Jahrhunderts ist. Das kann dann die Apotheken eines Ortes, eines Bezirks, eines Landesverbands erreichen. Diese Arbeit stärkt kommunikative, soziale, rhetorische und organisatorische Kompetenzen. Sie gibt Teams und Apotheken ein neues Standing. Sie tritt niedergehendem Selbstwertgefühl eines zentral wichtigen Gesundheitsberufes entgegen und schafft neue Identifikationsmöglichkeiten. Berufsstand und Apotheke gewinnen an neuer Attraktivität. Und diese Attraktivität zahlt sich aus: politisch, sozial, ethisch, persönlich und – ökonomisch. Es wird höchste Zeit!

Thomas Hammer und Udo Ament

Nicht geschriebener Brief

Sehr geehrter Herr Minister,

als im Gesundheitswesen Tätige fühlen wir ApothekerInnen im VDPP uns dem Leben und der Gesundheit der Menschen verpflichtet, auch dann, wenn es um mehr als die Versorgung mit Arzneimitteln geht.

Im Namen der Mitgliedschaft des VDPP fordern wir Sie auf, umgehend die Bundeswehr von den Luftangriffen auf Jugoslawien zurückzuziehen und alles in Ihrer Macht stehende zu tun, damit die Luftangriffe beendet werden.

Zur Begründung: Wir halten es für verfehlt, Gewalt und Blutvergießen in einem Bürgerkrieg stoppen zu können, indem man sich in den Bürgerkrieg einmischt und selbst zu Mitteln der Gewalt und des Blutvergießens greift. Die Luftangriffe haben bisher keinen erkennbaren Beitrag dazu geleistet, das Morden zu beenden. Im Gegenteil - die Luftangriffe sind geeinget, Haß und Gewalt in der Region zu schüren und den Konflikt zu eskalieren. Die Ereignisse der letzten Tage haben dies überdeutlich unter Beweis gestellt.

Wir wissen, daß die volle Verantwortung für den serbischen Terror gegen die albanische Zivilbevölkerung bei Milosevic liegt. Wir wissen aber auch, daß die gewalttätige Reaktion der Serben auf die Luftangriffe vorhersehbar war. Den vorhersehbaren Tod und die Vertreibung zigtausender unschuldiger Zivilisten achselzuckend einzukalkulieren, verträgt sich nicht mit dem Leitbild einer Gesellschaft, die der Humanität oberste Priorität einräumt und dies in seiner Verfassung verankert hat: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Jeder Mensch hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“

Mit freundlichen Grüßen

Der Vorstand des VDPP

Dieser Brief an Verteidigungsminister Scharping ist, wie gesagt, nicht geschrieben worden. Jedenfalls nicht in dieser Form, nämlich als Brief des Vorstands. Denn im Vorstand konnte kein Konsens erzielt werden.

Kontra-Argument 1: Unterschiedliche Bewertung des NATO-Einsatzes.

Zwar ist der VDPP laut Programm "Für Frieden - gegen Krieg", selbstverständlich aber darf jeder Mensch - auch Vorstandmitglieder - zu diesem oder jenem Programmpunkt eine abweichende Meinung haben und beispielsweise auch den NATO-Einsatz in Jugoslawien für ethisch vertretbar halten, ohne dafür ein schlechtes Gewissen haben oder sich rechtfertigen zu müssen. Das akzeptieren wir.

Kontra-Argument 2: Allgemeinpolitisches Thema und wahrscheinlich kein Konsens innerhalb des Vereins. Also besser keine öffentliche Stellungnahme.

Wir müssen zugeben: Dieses Argument macht uns ratlos. Wenn der Dissens tatsächlich quer durch den Verein geht, müssen wir dann nicht das Programm ändern, oder ist dieser Angriffskrieg doch weniger verwerflich als andere Kriege? Sollen wir uns auch dann einer öffentlichen Stellungnahme enthalten, wenn sie inhaltlich mit dem Programm übereinstimmt, weil es im Verein Dissidenten geben könnte? Wo hört political correctness auf und fängt Selbstzensur an?

Es sind Fragen, die uns nun die Vereinsmitglieder beantworten können. Hiermit stellen wir den gesamten Themenkomplex zur Diskussion. Wir hoffen auf eine spannende und erhellende Diskussion.

Dokumentation

Beginnen möchten wir den Dokumentationsteil mit der Wiedergabe eines Beitrags aus der PZ 45 (1998), den wir als Diskussionsbeitrag zum Thema Berufsethik einschätzen.

Mit Ethik haben auch die folgenden Beiträge zu tun.

So zum Beispiel die Stellungnahme des FFGZ (Feministische FrauenGesundheits-Zentrum) Frankfurt/M. zur Zulassung der Abtreibungspille RU486.

Übrigens: Wer weiß, was ein Nutrizeutikum ist? Niemand? Nachzulesen im Artikel aus der GID 180 (1998) von Uter Sprenger.

Vor einigen Monaten hat der VDPP einen Aufruf von Greenpeace gegen die Freisetzung von Antibiotikaresistenzen Mais der Firma Novartis mit unterzeichnet. Von Greenpeace enthüllen wir nun den hier abgedruckten Brief zum Stand dieser Unterschriftenaktion.

Ethikkodex muß jetzt mit Leben gefüllt werden

PZ. Die Suche nach ethischer Begründung und Ausrichtung des Berufsstandes ist ein gesellschaftlicher Prozeß, der auch den Berufsstand der Apotheker beschäftigt. Die Mitgliederversammlung der ABDA hat daher am 30. Juli 1998 »Ethische Grundsätze für Apothekerinnen und Apotheker« als gültig für Deutschland anerkannt (siehe PZ 29, Seite 24). Damit folgte die ABDA der Versammlung des Internationalen Apothekerverbandes (FIP), die gleichlautende Grundsätze am 5. September 1997 in Vancouver verabschiedet hatte.

Dr. Norbert Copray M.A., Philosoph, Pädagoge, Sozialwissenschaftler, Theologe und Therapeut, diskutiert die Motive und Ziele des Berufsstandes, einen solchen Ethikkodex zu verabschieden. Der Leiter der Firma CTC für Coaching, Training und Counseling in Frankfurt am Main, der in den 70er Jahren Assistent von Professor Dr. Rupert Lay war, fragt sich: »Sind die Anfragen an die ethische Ausrichtung des Berufes befriedigend und ausreichend beantwortet?«. Dazu Copray:

Der Apothekerberuf steht unter gesellschaftlich-öffentlichem Rechtfertigungsdruck, der sich in Medien und Politik in den nächsten Jahren eher noch verstärken wird. Er mußte im Kontext der Gesundheitsreformwellen und der Konkurrenz durch andere Verkaufsstätten (Versand, Discount, Tankstelle) Image- und Umsatzverluste hinnehmen.

Im Hintergrund spielte sich der Umbruch von einem idealisierten Berufs-

bild, zu dem auch uneigennütziges Handeln gerechnet wurde, zu einem realistischen, in einer Marktwirtschaft am Gewinn orientierten Berufsbild ab. Einen ähnlichen Umbruch im Berufs- und Institutionsbild gibt es bei der Ärzteschaft und den Krankenhäusern, aber auch bei den Bildungsinstitutionen. Gewinnstreben im Bereich der Gesundheitsberufe wird einerseits offensichtlicher, andererseits notwendiger, um das eigene Überleben und seine Lebensqualität zu sichern.

Die kapitalistische Marktwirtschaft holt nun Berufsfelder ein, die unabhängig vom Wirtschaftssystem viele Jahrhunderte eine Sonderstellung hatten. Der Vorgang verschärft in der Öffentlichkeit allerdings auch den Rechtfertigungsdruck, bestimmte Aspekte einer weiterhin gültigen, teilweise geschützten, teilweise bedrängten Sonderrolle zu begründen. Wenn sich der Verdacht erhärtet – ob berechtigt oder nicht, daß in der Apotheke Gewinnstreben vor Beratungsqualität geht, dann sägen sich Apothekerinnen und Apotheker den Ast ab, auf dem sie seit Jahrhunderten sitzen. Da nützt auch ein proklamiertes Ethos nichts. Die wachsende Plausibilität der Internet-Bestellung von Medikamenten durch Patienten ist ein deutlicher Hinweis auf den Verlust des traditionellen Apothekenimages. Und wenn schließlich in diversen Untersuchungen Apotheken mehrheitlich attestiert wird, keine oder recht mangelhafte Beratung zu leisten, dann ist das Image beschädigt. Da helfen keine Repliken mehr, egal, was zu den Untersuchungen sonst zu sagen ist.

Was ist zu tun? Ein ethisch begründetes Leitbild des Apothekerberufes muß vor allem vier Anforderungen erfüllen:

○ Es muß alle Apothekerinnen und Apotheker sowie deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, nicht nur die Verbandsvertreter, in die Lage versetzen, dem Rechtfertigungsdruck aus Medien und Politik, der ihnen durch Kunden, Patienten, Wettbewerber und örtliche Öffentlichkeit in die Apotheke getragen wird, besser begegnen zu können.

○ Es muß Imageverlusten vorbeugen (nicht nur reparierend nachlaufen) sowie den Imagegewinn steigern. Dabei müssen die Einwände der Kritiker und Gegner aufgenommen und zur Stärkung der eigenen Kompetenz genutzt werden. Auf diese Weise wird das eigene Selbstverständnis offensiv vorangetrieben, die eigene Performance verbessert.

○ Es muß dazu verhelfen, glaubwürdig und überzeugend zu wirken. Das wird nicht mit einer Reihe handverlesener Regeln erreicht, die von oben nach unten weitergereicht werden. Das wird erreicht, indem die Teams in den Apotheken lernen, ihr Ethos argumentativ und kommunikativ zu vertreten, wobei selbstkritische Elemente vertrauensbildend wirken. Wer einfach nur die Gesundheit des Patienten und Kunden als wichtigsten Gesichtspunkt seines pharmazeutischen Handelns herausstellt, der appelliert an die Naivität seiner Kunden und unterläuft den kritischen Dialog mit der Folge der eigenen Beschädigung. Daß die Gesundheit der Patienten, die übrigens auch Kunden sind, genauso wichtig ist wie die Rendite der Apotheke, ist eine realistische Ausgangssicht, die den Kunden glaubwürdiger und deshalb vertrauenswürdiger erscheint, ohne daß er sie übel nehmen würde. Auch die Patienten wissen, daß sie sonst morgen keine oder allenfalls Kettenapotheken antreffen.

○ Es muß die standespolitische Glaubwürdigkeit steigern, indem ein trag- und zukunftsfähiger Beratungs- und Konsensprozeß der Apotheker und Apothekerinnen in der Öffentlichkeit organisiert wird. Das wäre Teil eines offensiven Marketing-Konzepts. Damit dürfte auch klar sein, daß die Suche

und Beratung eines Berufsethos für das nächste Jahrhundert in einer veränderten gesellschaftlichen Situation nicht im Widerspruch zum Marketing steht, sondern als entscheidender Bestandteil eines offensiven Marketings zu verstehen ist. Marketing und Ethik-kodex sind zwei verschiedene Seiten ein und derselben Medaille. Nur dann sind beide unschlagbar - und darauf käme es an.

Erfüllen die verabschiedenen Grundsätze diese Anforderungen? Nein, und zwar weder dem Inhalt noch ihrem Entstehungsprozeß in Deutschland - von oben nach unten - nach. Würde eine wichtige Chance vertan - oder geht es jetzt erst richtig los?

Zur Erarbeitung eines Leitbilds gehören vier Ebenen, die ausdifferenziert und bearbeitet werden müssen.

○ Die anthropologische Ebene: Die Frage nach dem Menschenbild aus pharmazeutischer Sicht. Wie werden die Patienten, die auch Kunden sind, wie wird der Apotheker, die Pharmazeutin, gesehen? Was ist in diesem Kontext entscheidend?

○ Die sozialphilosophische und historische Ebene: Die Frage nach Rolle und Funktion des Apothekers in der Gesellschaft: Was hat er/sie zu tun? Was ist sein Anliegen? In welcher Tradition

steht er, was ist davon für die Zukunft tragfähig, was behindert eher? Wie will die Apothekerin gesehen werden, wie wird sie gesehen?

○ Die sozialwissenschaftliche und juristische Ebene: Welche Vorgaben und Auflagen hat die Apotheke zu erfüllen? Wer setzt welche Rahmenbedingungen? Welche Werte werden - absichtlich, unabsichtlich - mit diesen Bedingungen zur Norm und damit wirksam?

○ Die verhaltensmäßige und moralische Ebene: Welchen Interessen soll der Apotheker, die Apothekerin folgen? In welchen Widersprüchen befinden sie sich? Wie sollen die täglich und im Konfliktfall entschieden werden? Welche Orientierungen gelten gegenüber sich selbst, den Mitarbeitern, den Kollegen, den Wettbewerbern, den Standesvertretungen, den Patienten und Kunden, den Lieferanten und Pharmavertretern, den Ärzten und Heilpraktikern, gegenüber den kommunalen und staatlichen Stellen, der Öffentlichkeit, der Umwelt und dem WHO-Ideal der Gesundheit? Wie lassen sich Gewinnstreben und gesundheitspolitische Verantwortung überzeugend und erfolgreich für alle Beteiligten und Betroffenen realisieren?

Die Suche nach einem Ethos geht viel weiter als die geläufige Vorstellung, was Moral oder Ethik sei. In einfacher Sprache geht es im Sinne der antiken Ethik beispielsweise des Aristoteles darum, wie jemand ein guter Apotheker sein kann. Und schon haben wir eine Fülle von weiteren Fragen an der Hand, etwa auch die, wie jemand gleichzeitig ein guter Kaufmann und ein hilfsbereiter, nicht auf den eigenen Vorteil bedachter Mensch sein kann.

Qualität, Marketing und Ethos gehen Hand in Hand. Was nützt ein hohes Ethos, wenn das Wissen des Apothekers mangelhaft, die Kundenorientierung beispielsweise der PTA zu wünschen übrig läßt. Das Ethos drückt sich vielmehr in Qualität des Wissens, der Beratung und in einer glaubwürdig überzeugenden Verkaufsstrategie aus. Waren diese Fragen in der Vergangenheit vielleicht einfacher zu beantworten, so lösen sie heute angesichts der gebrochenen Moderne komplexe Suchprozesse aus, die auf Verbandsebene auch anders ablaufen können und müssen als auf der individuellen Ebene vor Ort.

Daher ist es wichtig, die Vielzahl der Quellen im Blick zu haben, aus denen sich ein Beratungs- und Suchprozeß speisen kann:



Die Verabschiedung ethischer Grundsätze für Apothekerinnen und Apotheker auf Verbandsebene reicht nicht aus, um die Rolle des Apothekers für die Zukunft mit neuem Leben zu füllen. Darin waren sich die Teilnehmer einer Diskussionsrunde bei der Pharmazeutischen Zeitung einig (von links): Christian Giese, Dr. Norbert Copray (Autor des nebenstehenden Beitrags), Dieter Harfensteller, Gretel Kleinknecht (LAK-Vorstandsmitglied) und PZ-Chefredakteur Dr. Hartmut Morck. Die ethischen Grundsätze müssen auf den grauen Apothekenalltag »runtergebrochen« werden, um ein eigenes, weitertragendes Leitbild zu erarbeiten - mit den Berufsorganisationen als Moderatoren. Die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg will die acht Grundsätze in der Apothekenpraxis umsetzen. Im Frühjahr wird sich das Gesundheitspolitische Forum Heidelberg, das von der Pharmazeutischen Zeitung mit veranstaltet wird, dieser Thematik annehmen.

Foto: Werner W. Wille

FFGZ e.V.
Kasselerstr. 1a
60486 Frankfurt
Tel. 069/70 64 93
Fax. 069/77 71 09

Frankfurt, den 25.1.1999

Stellungnahme zur Debatte um die Zulassung von RU 486

seit mehreren Wochen wird in den Medien erneut über die Zulassung der Abtreibungspille RU 486 diskutiert. Die Art und Weise der Debatte hat uns zusammen mit den Kolleginnen des Berliner Feministischen Frauengesundheitszentrums veranlaßt, eine Stellungnahme dazu zu formulieren, die ich Ihnen anbei übersende.

Für Informationen oder Fragen steht Claudia Gutmann FFGZ Frankfurt unter der Telefonnummer 069/70 64 93 gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüßen

Claudia Gutmann

Viel Lärm um RU 486

Eine Stellungnahme zur Diskussion um die Zulassung RU 486 ist derzeit in aller Munde. Mifegyne ist auch in den Feministischen Frauengesundheitszentren (FFGZ) in Frankfurt/Main und in Berlin seit langem ein Thema. Das Produkt, seine Verwendung und seine möglichen Nutzen/Schaden werden hier seit Jahren kritisch beobachtet. In der aktuellen Debatte herrscht eine argumentatorische Schieflage vor. Dazu einige Ergänzungen.

Chirurgische contra medikamentöse Abtreibung
In der Diskussion wird die medikamentöse Abtreibung mit RU 486 der chirurgischen Abtreibung, bei der die Frucht mechanisch entfernt wird, gegenübergestellt. Bei der herkömmlichen Behandlungsmethode gehe die Frau für einige Tage ins Krankenhaus. Sie unterziehe sich einer Operation mit Narkose, heißt es in vielen Beiträgen. Demgegenüber sei RU 486 als die schonendere Alternative vorzuziehen. Viele Frauen und auch viele derer, die sich an der Diskussion beteiligen, wissen offensichtlich nicht um das Prozedere bei einer Absaugung. Frauen müssen nicht mehrere Tage im Krankenhaus verbringen. Sie können - zumindest in den meisten Bundesländern - eine Abtreibung ambulant und lediglich unter lokaler Betäubung des Gebärmuttermundes vornehmen lassen. Bei der Absaugmethode wird der Gebärmuttermund mit Metallstiften zunächst vorsichtig geweitet, dann die Frucht mit dem

Absaugröhrchen abgesaugt.

Die Abwertung der Absaugung und der Ruf nach einer neuen Methode ist daher nicht ganz nachvollziehbar, zumal die bestehenden Bedingungen es verhindern, daß die Möglichkeiten hinreichend ausgeschöpft werden. Abbrüche werden - je nach Bundesland - beispielsweise noch in Kliniken mit mehrtägigem stationärem Aufenthalt durchgeführt. Teilweise wird die weitaus weniger schonende Methode der Ausschabung durchgeführt, auch wenn es medizinisch nicht erforderlich wäre. Hierbei wird unter Narkose die Gebärmutter kurrettiert, d.h. mit einer Art Löffel ausgeschabt. Hinzu kommt, daß es beispielsweise in Süddeutschland für viele Frauen keine wohnortnahen ambulanten Abbruchmöglichkeiten gibt. Sie müssen teilweise sehr weit reisen, um abtreiben zu können.

Eine wirklich schonende Methode? Im Streit um die vermeintlich richtige Methode wird die medizinische Seite überbewertet. Die psychische Dimension, das Erleben der Frau, das für die Verarbeitung der Abtreibung und die Integration in ihr weiteres Leben eine große Rolle spielt, ist jedoch mindestens genauso bedeutsam, wie auch die Beratungspraxis in den FFGZs zeigt. Eine große Rolle spielt die Qualität der Pflichtberatung, die psychosoziale Betreuung während des Abbruchs. Von entscheidender Bedeutung ist, ob die Entscheidung der Frau von den Behandelnden akzeptiert wird und diese motiviert sind, diese Arbeit zu tun. Nicht zuletzt das gesellschaftliche Klima, in das Abtreibung eingebettet ist, bestimmt, wie die Frau sich in der Situation ungewollt schwanger zu sein und sich für eine Abtreibung entschieden zu haben, fühlt.

Zu schaffen macht den Frauen -weitaus mehr als die Wahl der Methode- die gesellschaftliche Tabuisierung von Abtreibung. In einem gesellschaftlichem Klima, in dem sie mit Nazimördern verglichen werden, trauen sich logischerweise sehr viele Frauen nicht, darüber zu sprechen, daß sie abgetrieben haben. Gespräche sind jedoch dann oft sehr wichtig.

Die Abtreibungsbedingungen von Frauen würden sich dann entscheidend verbessern, wenn Schwangerschaftsabbrüche in einem Klima stattfinden würden, in dem das gesetzlich festgelegte Recht auf Entscheidungsfreiheit tatsächlich auf breiter Basis etabliert wäre. Auch die Ansiedelung der gesetzlichen Regelung im Strafgesetzbuch, die verordnete Pflichtberatung und die Abschaffung der Kostenfreiheit führen dazu, daß in Deutschland nicht von optimalen Abtreibungsbedingungen gesprochen werden kann.

Erwartungen an RU 486 Mehr Autonomie RU 486 ist überfrachtet mit Erwartungen, die sie nicht einlösen wird. Größere Autonomie, mehr

Selbstbestimmung bringe sie, heißt es. Die Frau habe mit RU 486 mehr Privatsphäre bei der Abtreibung. Das entspricht in dieser Form nicht den Tatsachen. Die Frau geht zur Voruntersuchung, um abzuklären, ob das Medikament überhaupt für sie infrage kommt. Dann nimmt sie, während eines weiteren Termins, die Pille unter Aufsicht und Kontrolle eines Arztes ein. Dann muß sie zum dritten mal zum Arzt, um unter Aufsicht Prostaglandine einzunehmen, die Kontraktionen der Gebärmutter, die Abstoßung, verursachen. Die Frucht löst sich dann in der Regel auch nicht zuhause, sondern in einer Klinik. Der Vorgang der Abtreibung dehnt sich so von 10 Minuten bei der Absaugung aus auf eine Behandlung mit RU 486, die sich über mehrere Tage erstreckt. Die Hormongaben das Medikament Mifegyne, sowie dMehr Bewußtheit und weniger Demütigung. Die Frau erlebe die Abtreibung mit RU 486 bewußter, sie könne dabei eine aktivere Rolle einnehmen, ist ein anderes Argument. Natürlich ist eine Frau nicht bewußt dabei, wenn sie eine Abtreibung unter Vollnarkose machen läßt. Aktivität und Bewußtheit indessen ist weniger eine Sache der Methode. Ob das aktive, bewußte Erleben einer Abtreibung für eine Frau überhaupt möglich ist, hängt von vielen Faktoren ab. Es hat damit zu tun, in welchem Bezugsrahmen sie lebt, wie die Entstehungsbedingungen dieser ungewollten Schwangerschaft sind, welche psychischen Kräfte sie zu dieser Zeit hat. Kann sie das bewußte Erleben in diesem Moment verkraften, oder entscheidet sie sich -auch das ist möglich - gegen Bewußtheit. Viele Frauen wollen eine Absaugung klar miterleben und lassen sich keinerlei Narkose geben.

Manche Frauen wiederum erhoffen sich den medikamentösen Abbruch als weniger demütigend. Daher ist es kein Wunder, wenn sie das Medikament wollen. Aber auch Demütigungen haben weniger mit der Methode zu tun, als damit, wie Ärzte, wie das medizinische Personal, wie Beraterinnen mit ungewollt schwangeren Frauen umgehen. Eine Pille kann ebenfalls in demütigender Weise verabreicht werden. Für Ärzte ergibt sich zudem durch RU 486 eine völlig neue Perspektive: beim medikamentösen Abbruch müssen sie nicht mehr selbst Hand anlegen und die Lebensmöglichkeit des Embryos beenden. Möglicherweise belastet sie die Vergabe von Pillen weniger, als einen Embryo abzusaugen. Absaugung muß erlernt werden, der Arzt braucht Personal und muß Geräte anschaffen. Spielen auch diese Faktoren eine Rolle in der Diskussion um RU 486?

Fazit

Die Debatte um die bessere oder schonendere Methode ist kontraproduktiv. Es gibt hierbei keinen Königsweg, eine differenzierte Betrachtung der Realität und der Fakten, der Vor- und

Nachteile von Absaugung und RU 486, ist notwendig. Bei jeder ungewollt schwangeren Frau sollte immer wieder aufs Neue in der Beratung oder im ärztlichen Gespräch geschaut werden, welche Methode ihren individuellen Bedürfnissen entspricht. In diesem großen Zusammenhang kann Mifegyne nur einen bescheidenen Platz einnehmen, nur eine weitere Möglichkeit unter mehreren sein. Denn sie bringt ohnehin nur bis zur siebten Schwangerschaftswoche das gewünschte Ergebnis. Und selbst dann ist sie aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen und gesundheitlicher Risiken nicht für alle Frauen geeignet. Eine breite umfassende Beratung in einer neutralen Atmosphäre ist für Frauen besonders wichtig, um die passende Wahl für sich treffen zu können. Attraktiv ist das Medikament RU 486 beispielsweise für Frauen, die sehr viel Angst vor Spritzen haben, die bei einer lokalen Betäubung nötig werden. Sie können dies mit Mifegyne umgehen. Auch Frauen, die - z.B. aufgrund schlechter Erfahrungen mit Gynäkologen massiv ängstlich bezüglich gynäkologischer Untersuchungen sind, könnten sich in Zukunft für RU 486 entscheiden. Eine echte Alternative wäre sie wahrscheinlich für Frauen, die sexualisierte Gewalt erfahren haben. Sie fühlen sich oftmals nicht in der Lage, einem - meist männlichen Arzt - die Erlaubnis zu geben, mit Instrumenten in ihre Intimsphäre einzudringen.

NUTRAZEUTIKA: GESUNDE GESCHÄFTE

Angeichts des Negativ-Images, unter dem die Gentech-Branche besonders seit der mißglückten Einführung der Sojabohnen durch Monsanto im Winter vor zwei Jahren leidet, poliert man inzwischen am Erscheinungsbild - einerseits sprachlich, indem zum Beispiel die Hoechst AG versichert, in den "Life Sciences" forsche man "zum Wohl des Menschen". Bei Monsanto verheißt der neue Slogan "Nahrung. Gesundheit. Hoffnung" (engl. "Food. Health. Hope."). Andererseits sollen nun mit Hilfe der Gentechnik Produkte hergestellt werden, von denen nicht nur Konzerne, sondern auch Verbraucher einen Nutzen haben - angesiedelt zwischen Medikament und Nahrungsmittel sollen Nutraceuticals gesünder und bekömmlicher sein als alles bisher Dagewesene.

"Für die Verbraucher sind die Vorteile von gentechnisch hergestellten Nahrungsmitteln gegenüber herkömmlichen nicht erkennbar. Die Nahrung wird durch Gentechnik nicht gesünder oder natürlicher." So oder ähnlich argumentieren die KritikerInnen des Essens aus dem Genlabor nun schon seit Jahren. Und tatsächlich haben die ersten weltmarktfähigen Produkte im Ernährungssektor für die VerbraucherInnen überhaupt keinen Nutzen. Das gilt für Enzyme oder Zusatzstoffe, wie etwa das künstliche Käse-Lab Chymosin oder den Zuckersüßstoff *Aspartame* ebenso wie für die genmanipulierten Kulturpflanzen der Agrobiotech-Industrie. Die neuen Nutzpflanzen wie Soja, Mais, Baumwolle, Rüben oder Raps, ausgestattet mit Resistenzen gegen Herbizide oder mit dem Insektengift *Baccillus thuringiensis*, oder auch Anti-Matsch-Tomaten kurbeln vor allem die Geschäfte der Konzerne an. Auch so manchem Großbauern kommen die Gentech-Pflanzen zupaß, produziert es sich doch mit ihnen in Monokulturen kostengünstiger und somit ökonomischer.

Zwar reagierte die Gentech-Lobby wiederholt recht barsch auf diese Kritik. Doch sie zu entkräften gelang ihr bislang nicht. Und so sinkt europaweit die Lust der Verbraucher auf Novel Food. Während in Deutschland die Ablehnung konstant bei über 70 Prozent liegt, wird auch andernorts das Klima zunehmend unfreundlicher. So stieg in Britannien innerhalb eines Jahres die Zahl jener, die genmanipulierte Nahrung "unakzeptabel" finden, von 35 auf 51 Prozent in diesem Herbst an.

Designer-Nahrung als neue Wohltat

"Nutraceuticals" heißen die Wohltaten, die die Industrie dem fortschreitenden Akzeptanzverlust entgegenhält. Nutraceuticals ist ein englisches Kunstwort aus "nutrition" - Ernährung -

und "pharmaceuticals" - Medikamente. Kreiert hat den Begriff vor 20 Jahren Stephen DeFelice, Gründer der US-amerikanischen *Stiftung für Innovation in der Medizin (FIM)*. DeFelice versteht darunter "Nahrung oder Teile von Nahrungsmitteln, die medizinische oder gesundheitliche Vorteile verschaffen, einschließlich der Vorsorge und Behandlung von Krankheiten." (*Nature Biotechnology, Vol 16, August 1998*). Wen wundert es, daß der Begriff Nutraceuticals inzwischen das (zu technisch klingende) Schlagwort "Designer-Food" zunehmend verdrängt.

Doch wird der mittlerweile karrieremachende Begriff weitgehend undefiniert benutzt. Forschung und Industrie zählen grob die Bereiche Nahrungsergänzung, funktionale Nahrungsmittel und medizinische Nahrungsmittel dazu. Unter Nutraceuticals wird heute also ein weites Feld von HighTech-Raps, -Reis oder -Rüben über Impfstoffe in Früchten oder von Ziegen erzeugte menschliche Proteine bis hin zu isolierter Sportlernahrung, Chips und Eiskrem mit unverdaulichen Fetten, Knusperriegel mit dem Wachmacher Guarana oder mit Vitaminen angereicherte Frühstücksflocken und Kindernahrung verstanden. Das heißt, daß nicht nur GenTech-Food in die Kategorie Nutraceuticals fällt. Die Definition DeFelices' paßt schließlich auch auf andere hierzulande beliebte Lebens- oder Genußmittel mit veränderten Inhaltsstoffen wie entcoffeinierter Kaffee und alkoholfreies Bier.

Nahrungs- oder Arzneimittel?

Die ungenaue Definition von Nutraceuticals sorgt unter anderem dafür, daß die Grenze zwischen Nahrungs- und Arzneimitteln verschwimmt (*siehe Tabelle*). Was Konsequenzen für deren Zulassung und Vermarktung hat. Denn für Nahrungsmittel gelten andere Ver-

Gentechnik-Kampagne**GREENPEACE**

- Greenpeace e.V.
- 22745 Hamburg

Tel. ■ 040 / 306 18-396

Fax ■ 040 / 306 18-130

Email ■ mail@greenpeace.de

T-Online ■ greenpeace#

Internet ■ <http://www.greenpeace.de>

VDPP Verein demokratischer Pharmazeutinnen + Pharmazeuten
Grindelallee 182

20144 Hamburg

Hamburg, 07.01.1999

OFFENER BRIEF AN NOVARTIS - STAND DER DINGE

Sehr geehrte Damen und Herren ,

wir hatten Sie bereits vor einiger Zeit über unseren offenen Brief an den Schweizer Chemie- und Pharma-Konzern Novartis informiert. In diesem Offenen Brief wird Novartis aufgefordert, freiwillig auf den Einsatz von Antibiotika-Resistenzgenen zu verzichten und den bereits in Europa angebauten gentechnisch veränderten Mais zurückzuziehen. Dieser Mais enthält als Markergen eine Antibiotika-Resistenz (1).

Es besteht das Risiko, daß die Antibiotika-Resistenzgene von Pflanzen auf Bakterien übergehen und dadurch die Wirkung von Antibiotika gefährden könnten. Bereits im September dieses Jahres hat der Präsident der Berliner Ärztekammer, Dr. Ellis Huber, vor unnötigen Gesundheitsgefahren durch den gentechnisch manipulierten Mais gewarnt.

Wir möchten Sie nun heute über den Stand unserer Aktion informieren.

Greenpeace hat in Deutschland bereits die Unterschriften von über 1600 Ärztinnen & Ärzten, Apothekern & Apothekerinnen sowie anderen in medizinischen Berufen Beschäftigten für den Offenen Brief an Novartis erhalten. Diese Aktion wurde inzwischen weltweit ausgedehnt. Der Offene Brief an Novartis findet sich in vier verschiedenen Sprachen auf der Homepage von Greenpeace International (www.greenpeace.org) und kann dort unterschrieben oder abgerufen und weiter verteilt werden.

Wir bitten Sie daher, unseren Aufruf wenn möglich weiterhin an Kolleginnen und Kollegen zu verteilen.

Inzwischen zeigen sich auch internationale Medizinexperten besorgt über den Einsatz von Antibiotika-Resistenzen im Novartis-Mais

Eine deutliche Mehrheit von Wissenschaftlern die auf dem Gebiet der Chemotherapie tätig sind, hält die Antibiotika-Resistenzgene im gentechnisch veränderten Mais von Novartis für ein inakzeptables Risiko. Zu diesem Ergebnis kommt eine Umfrage, die am 30.11.1998 im Newsletter der Internationalen Gesellschaft für Chemotherapie (International Society of Chemotherapy ISC) veröffentlicht wurde (2).

Gentechnik

GREENPEACE

Von 198 Experten aus 25 Ländern hielten 75 Prozent das Risiko für inakzeptabel, 34 Prozent empfahlen, mehr Untersuchungen zur Risikoabschätzung durchzuführen, bevor der Mais ohne Einschränkung zugelassen werden kann. Lediglich zwei Prozent der befragten Wissenschaftler hielten den Mais für sicher.

Der französische Staatsrat hat wegen der Bedenken bezüglich der Antibiotika-Resistenzgene im September dieses Jahres eine einstweilige Verfügung gegen den Novartis Mais verhängt. Andere nationale Regierungen und die EU-Kommission müssen diesem Beispiel folgen.

In Deutschland haben wir inzwischen eine Regierung, die im Wahlkampf noch ein Verbot von Pflanzen mit Antibiotika-Resistenzgenen angekündigt hat. Wenn Novartis den Mais nicht freiwillig zurückzieht, muß die Bundesregierung jetzt handeln.

Wenn Sie uns auch über Ihre Unterschrift hinaus noch weiter unterstützen möchten, dann schreiben Sie doch bitte an die Bundesgesundheitsministerin Frau Fischer (3) und fordern Sie sie auf, das Vorsorgeprinzip zur Anwendung zu bringen und den Novartis-Mais zu verbieten.

Für Nachfragen und weiter Informationen stehe ich Ihnen gerne unter der Rufnummer 040-30618-396 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,
Greenpeace e.V.



Barbara Kamradt
Gentechnik

1. Der gentechnisch manipulierte Mais von Novartis enthält ein Resistenzgen gegen Ampicillin und eine Reihe weitere Antibiotika, wie Penicillin G. und Amoxycillin. Alleine in Deutschland wurden diese Antibiotika 1996 zwölf Millionen mal verschrieben.
2. Pechère J.C.: Concerns about the presence of a b-lactamase gene in a transgenic maize. Newsletter of the International Society of Chemotherapy, 30.11.1998
3. Bundesministerium für Gesundheit
Ministerin Andrea Fischer
Am Probsthof 78a, 53121 Bonn
Fax 0228-941-4900

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Udo Ament
Ringstr. 28
74838 Limbach
Telefon 06287-92080 (geschftl.)
06287-920812 o. -21 (priv.)
Telefax 06287-920820

Bayern

Michaela Raasch
Birkenweg 14
85551 Kirchheim
Tel.: 089 / 34 74 00

Berlin

Dr. Regina Schumann
Halskestr. 4
12167 Berlin
Tel.: 030 / 795 14 71

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
Tränkestr. 7
34497 Korbach
Tel.: 05631/61493

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Hamburg

Niedersachsen

Gabi Beisswanger
Hohnsen 32
31134 Hildesheim
Tel.: 05121/877405

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Elbinger Str. 9
40670 Meerbusch
Tel.: 02159/51744

Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

Saarland

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

Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

Sachsen

Dr. Christina Kasek
Kantstraße 12
04275 Leipzig
Tel.: 0341 / 391 18 10

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen